

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

56

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 décembre 1893, à 1 heure

PAR

Felipe BÉTANCÈS

Né à Mayagüez (Porto-Rico), le 28 Décembre 1867.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

DE

L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE

ESSAI DE TRAITEMENT MÉTHODIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { CHAUFFARD, professeur.
VILLEJEAN et GAUCHER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 20 décembre 1893, à 1 heure

PAR

Felipe BÉTANCÈS

Né à Mayagüez (Porto-Rico), le 28 Décembre 1867.

THERAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE

DE

L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE

ESSAI DE TRAITEMENT MÉTHODIQUE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { CHAUFFARD, professeur.
VILLEJEAN et GAUCHER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL.
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
Clinique médicale.	{ G. SÉE.
	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	N....
Clinique des maladies du système nerveux	GUYON.
Clinique des maladies des voies urinaires	PANAS.
Clinique ophthalmologique.	TARNIER.
Cliniques d'accouchements	{ PINARD.
	TILLAUX.
	N....
Clinique chirurgicale	{ DUPLAY.
	LE DENTU.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM. ALBARRAN.	MM. DEJERINE.	MM. MARFAN.	MM. RETTERER.
ANDRÉ.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROYER.
BAR.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISAUD.	GILBERT.	N. LATON.	SEBILEAU.
BRUN.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHARRIN.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
	LETULLE.	QUENU.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MA SECONDE MÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR BÉTANCÈS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

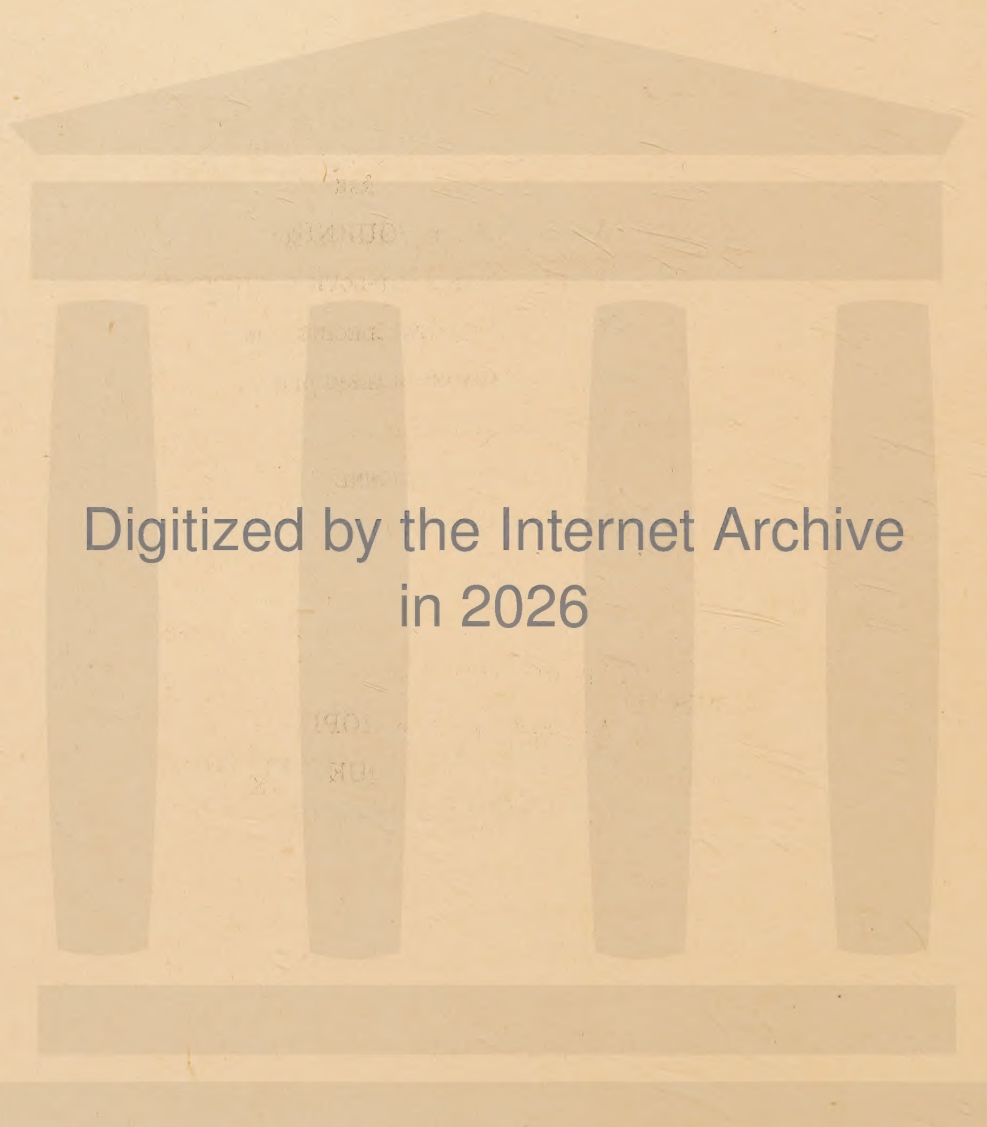
A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR M. AUBRY
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
ANCIEN DOYEN DE LA FACULTÉ DE PORT-AU-PRINCE (HAÏTI).

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR FOURNIER
MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES CUTANÉES
ET SYPHILITIQUES
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
ET A L'ÉCOLE PRATIQUE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552004_0047

THÉRAPEUTIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE
DE
L'ORCHITE BLENNORRHAGIQUE
ESSAI DE TRAITEMENT MÉTHODIQUE

INTRODUCTION

A. — Choix du sujet.

Avant de terminer nos études médicales, nous avons dû nous préoccuper d'un sujet de thèse et deux partis s'offraient à nous :

Ou bien rechercher péniblement dans l'histoire de quelque grande affection un point très particulier encore peu développé, pour publier un travail qui ait la prétention d'être nouveau au risque de n'avoir point d'application pratique directe et de rester une simple étude spéculative,

Ou bien, sans dédaigner un sujet déjà maintes fois abordé, d'en refaire l'historique et l'étude, de rassembler ce qui avait déjà été dit et d'en dégager une étude d'ensemble où nous puissions apporter quelque discussion ou quelque critique et

où le praticien pût trouver quelque profit pour l'exercice de son art.

Ce dernier parti nous a bien vite séduit. Ne nous sachant ni la force ni le temps d'entreprendre de ces grandes recherches où le laboratoire intervient pour une grande part, nous avons, dans un champ assez restreint, cherché à rester cependant utile. C'est donc avec modestie que nous voulons présenter un travail modeste : notre part y est petite puisque nous avons comme collaborateurs tous les noms qui figurent à notre bibliographie.

Rechercher, colliger et commenter la plupart des travaux qui ont été consacrés au traitement de l'orchite blennorrhagique, en discuter la valeur, en rejeter beaucoup pour en dégager les procédés qui seuls méritent d'être conservés, et cela en nous fondant tant sur les observations publiées que sur quelques observations personnelles, pouvoir, somme toute, présenter au praticien un *Essai de traitement méthodique de l'orchite blennorrhagique*, complément pour ainsi dire du traitement méthodique que M. Thiéry publiait dans les Annales des organes génito-urinaires (1), telle est notre tâche dont l'intérêt n'échappera guère au lecteur.

(1) P. Thiéry. — Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1891.

L'orchite blennorrhagique est, en effet, une complication fréquente et nous n'en voulons pour preuve que ces quelques chiffres relevés à l'hôpital du Midi (1886) dans le service de consultation externe.

1 ^{er} juillet 1886. —	Consultants.	55	Orchites.	8
5	—	—	107	— 9
8	—	—	84	— 11
12	—	—	92	— 11
15	—	—	87	— 9
23 septembre.	—	—	70	— 7
27	—	—	125	— 7
30	—	—	76	— 5
4 octobre.	—	—	98	— 8
7	—	—	89	— 15
11	—	—	122	— 19
14	—	—	79	— 7
18	—	—	92	— 14
21	—	—	88	— 8
25	—	—	102	— 16
28	—	—	72	— 10
4 novembre.	—	—	82	— 13
8	—	—	105	— 15
11	—	—	69	— 6
15	—	—	89	— 9
18	—	—	51	— 8
22	—	—	106	— 13
25	—	—	66	— 7

29 novembre.	Consultants.	100	Orchites.	11
2 décembre.	—	80	—	6
6	—	80	—	9
9	—	60	—	4
13	—	94	—	7
16	—	78	—	7
20	—	90	—	8
23	—	60	—	5
27	—	80	—	7
30	—	62	—	6
3 Janvier 1887	—	82	—	8
6	—	83	—	5
10	—	81	—	9
13	—	58	—	6
17	—	88	—	12
20	—	65	—	8
24	—	80	—	13
27	—	77	—	7
31	—	91	—	8

C'est-à-dire, en chiffres plus simples, que pendant cette période de six mois : juillet-septembre-octobre-novembre-décembre 86 et janvier 87 il ne s'est pas présenté à la consultation externe du Midi (elle a lieu deux fois par semaine, seulement pour le service de M. Humbert) moins de 3495 consultants dont 381 étaient atteints d'orchite blennorrhagique, chiffre éloquent qui confirme notre dire sur la fréquence, la banalité de l'affection dont le traitement va nous occuper.

Sur tous ces malades, la plupart ouvriers et sans fortune, obligés d'économiser leur temps et leur argent, il n'en était pas la moitié qui aient suivi un traitement régulièrement institué. L'absence de règle dans la conduite du traitement, le changement perpétuel et pour ainsi dire quotidien des prescriptions toujours onéreuses pour le malade, amenaient ces malades au 20^e — 25^e jour de l'orchite sans qu'ils pussent reprendre le travail.

Tous ceux qui ont fréquenté la clinique externe de l'hôpital du Midi savent que je n'imagine rien et qu'il n'y a là aucune exagération.

Dans les petites villes, dans les campagnes, il en est de même bien souvent encore : le collodion, la teinture d'iode, et d'autres procédés aussi surannés sont encore mis en pratique et à ceux-là surtout nous consacrons notre travail qui ne veulent pas croire qu'en 8 à 10 jours une orchite aiguë doit être guérie au point que le malade peut reprendre son travail et cela par des procédés simples, faciles à appliquer et peu coûteux.

En fait, nous ne prétendons donc avoir rien trouvé. Bien convaincu seulement que multiplicité n'est pas richesse en matière d'agents thérapeutiques, nous allons simplement faire l'inventaire à peu près complet de ce qui a été proposé et pratiqué, et comme au milieu de cette abondance il est certains procédés manifestement inférieurs aux

autres, nous les éliminerons pour ne conserver que ceux qui répondent au desideratum de tout traitement : efficacité, simplicité, rapidité.

Avant d'aborder cette étude nous considérons comme plus qu'un devoir pour nous qui allons emporter dans notre pays le plus que nous avons pu retenir de la belle science française, d'y emporter aussi les noms de ceux des maîtres que nous avons pu particulièrement approcher et qui ont bien voulu nous donner des marques de bienveillance.

Lu de nos compatriotes, ce travail leur montrera à quelle école nous avons été et c'est de bon augure pour nous de pouvoir remercier.

M. le Professeur Tarnier dont le merveilleux enseignement nous permettra d'aborder avec fruit la pratique des accouchements que nous avons aussi étudiés dans le service de M. A. Boissard qui remplaçait, à la Charité, M. le Docteur Budin.

En chirurgie, nous avons eu la bonne fortune de suivre successivement les services de M. Léon Labbé, à l'hôpital Beaujon, de M. Berger, à Lariboisière, de M. Charles Nélaton dans le même hôpital. Partout nous avons puisé des notions de sens clinique et de pratique que nous conserverons toujours comme guides.

M. Millard (Beaujon), M. Duguet (Lariboisière), nous ont appris les difficultés de la clinique mé-

dicale qui se présenteront souvent aussi dans notre pratique et à chaque instant nous aurons besoin de nous souvenir de leurs précieux conseils.

Enfin, nous ne voulons pas à côté de ces Maîtres si connus, oublier la part de reconnaissance que nous devons à nos jeunes maîtres.

M. Albarran, professeur agrégé, autant notre ami que notre maître, nous a bienveillamment initié à la pratique des voies urinaires, à l'hôpital Necker ; M. Pierre Delbet, professeur agrégé a été notre guide à l'Ecole pratique alors qu'il y était prosecteur, et, par une bizarre coïncidence, le Docteur Thiéry, chef de clinique chirurgicale à la Charité à qui nous empruntons plusieurs idées nouvelles nous avait déjà sûrement enseigné les premiers principes d'anatomie pendant son prosectorat. C'est pour nous une douce obligation de leur témoigner une reconnaissance déjà ancienne.

Dans les Sociétés savantes nous avons pu connaître M. le Docteur Blanchard, professeur agrégé, secrétaire-général de la Société zoologique de France, M. le Docteur Pietra-Santa, Secrétaire perpétuel de la Société française d'hygiène : qu'ils reçoivent ici nos remerciements pour nous avoir facilité l'accès de ces Sociétés.

Que Monsieur le Professeur A. Fournier qui nous fait le grand honneur de présider notre thèse veuille bien recevoir nos remerciements et nos respects.

B. — Division du sujet.

Pour apporter un peu de clarté dans l'énumération des multiples traitements de l'orchite blennorrhagique qui ont été préconisés, nous n'avons guère trouvé mieux qu'une classification déjà plusieurs fois produite (1), et que nous reproduisons encore en la faisant suivre de quelques modifications.

Le traitement peut être en effet :

1° Prophylactique ou préventif.

2° Mécanique.

3° Médicamenteux externe (topiques).

4° Médicamenteux interne.

5° Chirurgical.

Ces cinq chapitres comprennent l'énumération de presque toutes les méthodes employées. Il est cependant bien difficile d'assigner à chacune d'elles un cadre absolu.

Sans doute, les suspensoirs compressifs ouatés ressortissent bien du domaine du traitement mécanique ; l'onguent napolitain du traitement par les topiques ; l'anémone pulsatile de la thérapeutique

(1) Voyez Dormand. — Th. de Paris, 1889. — De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatile.

interne. Mais où placer, par exemple, les applications de glace qui agissent sans aucun doute, et par le froid qu'elle produisent et par la rétraction du scrotum qu'exerce la contraction du dartos, muscle thermosystaltique par excellence ? Cependant cette classification offre trop d'avantages pour que nous puissions l'abandonner. Il sera nécessaire d'autre part, pour être complet, de diviser notre étude en deux chapitres bien distincts : l'un qui a rapport au traitement de l'orchite blennorrhagique simple, c'est-à-dire non compliquée de lésions des annexes du testicule : cordon, prostate, vésicules séminales, l'autre qui envisage au contraire l'éventualité de ces diverses complications dont l'une : la funiculite, est si fréquente.

Il n'y a guère lieu, en effet, de comparer le pronostic de l'un et l'autre état. Tandis qu'avec une thérapeutique judicieuse, chez un malade soumis, on peut, pour ainsi dire, fixer le terme de la guérison de l'orchite vulgaire, il y aurait grande imprudence à vouloir imiter cette conduite lorsqu'il y a funiculite. Le pronostic et le traitement lui-même varient assez sensiblement pour qu'il nous soit nécessaire d'en dire un mot dans un chapitre spécial. Cependant pour éviter des redites nous considérerons la plupart des procédés employés contre l'orchite simple non compliquée comme également applicables à l'orchite compliquée, mais

avec cette restriction : qu'il peut devenir nécessaire de leur adjoindre d'autres procédés thérapeutiques principalement dirigés contre la complication qui aggrave l'orchite vulgaire.

Ce n'est qu'après avoir énuméré ces divers procédés, en avoir fait, comme nous disions plus haut, l'inventaire, que nous chercherons à en faire la critique afin de pouvoir y faire un choix et réduire, si faire se peut, à une formule peu variable et simple le traitement régulier de l'orchite blennorrhagique.

Quant au traitement de la plus grave des complications, je veux dire de l'évolution tuberculeuse de l'épididyme à l'occasion d'une orchite précédente, il ne nous occupera pas, tant il emprunte une direction et un caractère spéciaux à la nature même de cette nouvelle affection substituée pour ainsi dire à l'ancienne.

C. — Guérison dans l'orchite blennorrhagique.

Mais avant d'entrer tout à fait en matière, nous avons le devoir de bien établir ce que l'on doit appeler *guérison* en matière d'orchite. On est bien souvent étonné du défaut d'entente des chirurgiens à cet égard : quelques-uns accordent l'exéat à un malade que le confrère regarde comme digne

de l'hospitalisation ; ailleurs nous voyons deux praticiens employer le même traitement et ce traitement amener la guérison en 10 jours au dire de l'un, en 20 jours et plus au dire de l'autre. C'est qu'il est nécessaire de bien s'entendre sur le mot *guérison*.

Brusque et aiguë par son début, l'orchite blennorrhagique est fort lente dans sa résolution et ce n'est pas d'un jour à l'autre, mais en une semaine, parfois plus, suivant la thérapeutique employée, que le progrès insensible de chaque jour amène en définitive la guérison. Dès lors, à quel moment précis celle-ci doit-elle être considérée comme obtenue ?

Si l'on s'en rapportait à la *restitutio ad integrum* parfaite, c'est par mois qu'il faudrait compter puisque ce n'est qu'au bout d'un temps fort long que la résorption du noyau de la queue de l'épididyme si lente et si rebelle devient complète, mais c'est reculer beaucoup trop loin les limites du traitement.

Trois signes principaux, comme le remarque à juste titre Dormand (1) constituent la symptomatologie essentielle de l'orchite : la douleur, l'épanchement vaginal, le gonflement de l'épididyme et du testicule ou de l'épididyme seulement.

(1). Loc. cit.

Et comme, d'autre part, la marche de l'épanchement vaginal suit très exactement celle de la tuméfaction orchi-épididymaire, comme la douleur paraît en grande partie liée à l'abondance de l'épanchement vaginal, nous pouvons, en fin de compte, conclure :

Qu'on peut considérer comme guérie *toute orchite blennorrhagique dans laquelle la douleur et le gonflement sont devenus nuls*, sans tenir compte autrement qu'en vue d'une récurrence possible de l'induration caudale de l'épididyme, seul vestige, parfois même indélébile, de la lésion première.

Voilà donc un terme bien défini qui nous permet à la fois de constater le résultat obtenu, et d'entrevoir ce qu'il faut faire pour l'obtenir : favoriser la résorption de l'épanchement vaginal, hâter la résolution de l'inflammation épидидymaire.

Nous allons étudier maintenant, en n'insistant que sur les plus importants, les procédés par lesquels les chirurgiens se sont efforcés d'obtenir ce double résultat.

CHAPITRE PREMIER

A. — Traitement prophylactique.

Ce traitement, dont l'importance est grande, mériterait de longs détails, car le sujet est digne d'intérêt puisqu'il est aujourd'hui prouvé qu'après l'orchite la restitution fonctionnelle complète de l'organe peut ne pas exister : le sujet est donc, dans nombre de cas, condamné à l'infécondité si l'orchite a été double ; il y aurait même lieu de rechercher de près si ce n'est pas l'explication d'un grand nombre de mariages stériles dans lesquels la femme est invariablement incriminée sans qu'un examen suffisant du mari ait été pratiqué.

C'est ordinairement à partir de la 2^e semaine qui suit le début de l'écoulement qu'éclate l'orchite blennorrhagique, c'est donc à ce moment que le régime institué en vue de la prévenir doit être particulièrement suivi, mais en fait, l'orchite peut débiter bien avant, de même elle peut être posthume pour ainsi dire par rapport à l'écoulement, comme M. Duplay l'a montré pour le rhumatisme blennorrhagique.

Il en résulte que le médecin commet une faute sérieuse lorsque, ne prévoyant pas dès le début cette complication, il omet de prescrire au malade les précautions suivantes :

I. — Excès de boisson. — S'ils n'influent pas directement sur l'éclosion de l'orchite, ils entretiennent ou aggravent l'écoulement et prolongent la durée pendant laquelle l'infection épididymaire est possible. Il y a donc lieu de les proscrire énergiquement.

II. — Coït. — Il doit être absolument défendu pendant le cours de la blennorrhagie, non seulement à cause de l'écoulement, mais parce qu'il est un des facteurs incontestés de la production de l'orchite. La congestion du testicule, les mouvements auxquels il est soumis pendant le coït expliquent surabondamment son influence dans la production de l'orchite.

III. — Marche. Fatigue. Efforts. — Ce sont autant d'agents efficaces de la production de l'orchite. C'est souvent après une course, après un exercice à cheval, qu'elle éclate.

Depuis que l'usage de la bicyclette s'est répandu, plusieurs observations ont déjà été publiées. Le blennorrhagique doit donc se soumettre

à un régime de marche spécial qui exclut toute fatigue et tout excès.

IV. — *Traumatismes.* — La théorie des *loci minoris resistentiæ* est trop bien établie, surtout depuis le mémoire de Verneuil et Nepveu, pour qu'il soit bien nécessaire d'insister sur ce sujet. Ce que l'on admet pour l'arthrite tuberculeuse (Expériences de Max Schüller), ce qui est, par analogie, admis pour l'arthrite blennorrhagique, doit être, à plus forte raison, admis pour le testicule qui est situé « dans la sphère d'infection de l'urèthre ». (Thiéry).

Mais ce n'est point tant encore le traumatisme violent, rare ou exceptionnel, qu'il faut redouter que la contusion chronique, insensible pour ainsi dire. Si le cheval, si la bicyclette constituent pour le blennorrhagique des exercices dangereux, c'est par contusion sur la selle unie à la congestion périnéo-prostatique qu'ils agissent. Le testicule flottant, surtout lorsque le scrotum est lâche ou flasque, est de même fort compromis. Nous en tirerons la déduction pratique suivante :

Pendant tout le cours de la blennorrhagie, le malade doit être muni d'un suspensoir élastique et très bien fait (chose rare) qui maintienne exactement les testicules sans leur permettre le moindre frottement ou choc.

V.— *Injections uréthrales.* — Le rôle des injections uréthrales a été très diversement apprécié, cependant la majorité des auteurs tend à les incriminer. Pournous, nous pensons que si les injections bien faites, avec méthode, sans brusquerie, surtout si elles sont antiseptiques, restent absolument innocentes, il en est tout autrement des injections brutales qui peuvent forcer l'arrière urèthre comme dans le lavage de la vessie sans sonde, et refouler le pus pour produire l'infection vésicale ou l'infection déférentielle.

Ce que nous disons des injections que l'on pourrait appeler postérieures, par analogie avec les instillations du même nom, est de tous points applicable au cathétérisme qui, sauf indication pressante, doit être absolument rejeté pendant toute la période aiguë et de défervescence de la blennorrhagie.

Pour nous résumer, le médecin attentif doit toujours mentionner sur son ordonnance la prescription suivante : Eviter les excès de boissons, la marche exagérée, les efforts, le coït, les exercices de cheval etc..., ne faire d'injections qu'avec les précautions prescrites, ne faire aucune tentative de cathétérisme et porter un suspensoir bien ajusté pendant toute la durée du traitement de l'orchite.

Avant de passer à l'étude du traitement propre-

ment dit de l'orchite, il nous reste, pour être complet, à faire mention du traitement abortif qui a pour but d'enrayer d'emblée l'évolution de l'orchite, et du traitement par l'expectation, laquelle peut, faute de mieux, donner de bons résultats, l'orchite une fois déclarée.

B. — Traitement abortif.

Il est fondé sur la théorie ancienne dite de la métastase.

Bromfield, cité par Hunter dans son *Traité des maladies vénériennes*, ayant remarqué — fait incontestable — qu'au début de l'orchite correspondait le plus souvent une diminution de l'écoulement uréthral, pensa que par métastase le pus se portait vers l'épididyme. Rappeler l'écoulement uréthral, c'était, pensait-il, faire une dérivation utile. Aussi Bromfield, et à sa suite plusieurs autres auteurs eurent-ils l'idée de juguler l'orchite par des cathétérismes répétés qui sans influencer autrement sur la fluxion épididymaire que pour l'aggraver, aggravaient encore la blennorrhagie.

On alla même plus loin, et des inoculations de pus blennorrhagique furent pratiquées dans le but d'augmenter l'écoulement. Nous ne nous arrêtons pas davantage à ces procédés qu'une pathogé-

nie erronée de l'orchite blennorrhagique a engendrés et qui doivent être relégués au rang des erreurs thérapeutiques. Mais puisque nous parlons des essais de traitement abortif, il nous faut mentionner le procédé de Curling qui administrait le tartre stibié à dose nauséuse. Dans un cas que rapporte Rollet (1) Curling affirme par ce procédé «avoir arrêté une orchite en 30 heures» : la chose paraît au moins extraordinaire.

Le même auteur, dans le même but, conseille aussi le calomel «à la dose de 10 à 15 centigr. avec 30 ou 40 centigr. de poudre de Dower (2) ».

Tels sont les divers essais faits dans ce sens et qui, comme il est actuellement bien établi, n'ont donné que des mécomptes.

C. — Traitement par l'expectation.

Il n'en est pas de même d'une méthode aussi bénigne que simple et qui consiste dans le repos absolu. L'orchite, comme toute affection inflammatoire, a une tendance à la guérison spontanée, mais elle offre ceci de particulier que la suppuration y est inconnue ou d'une exception telle qu'on peut n'en pas tenir compte.

(1) Rollet. — Traité des maladies vénériennes, page 333.

(2) Pigornet. — De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique. — Thèse de Paris, 1886

L'observation suivante faite par M. Thiéry à l'hôpital du Midi et qui porte dans la thèse de Dormand (1) le numéro XLIX en est une preuve. Nous la relaterons dans ses traits principaux.

OBSERVATION.

B. P. âgé de 25 ans, est entré le 16 octobre 1886 dans le service de M. le docteur Humbert, salle 3 n° 4. Il est porteur d'une épididymite gauche, la première dont il soit atteint, dont le début remonte à 5 jours ; elle offre une forme globuleuse, l'épididyme induré enveloppe et masque le testicule, les téguments sont rouges, douloureux, sans adhérences cependant. L'épanchement vaginal est abondant. La douleur à la pression est très vive, il y a funiculite moyenne ; le cordon est gros et douloureux.

Ajoutons que le malade présente une inversion antérieure de l'épididyme du côté malade. Avant son entrée à l'hôpital il a été déjà traité par les onctions d'orguent napolitain, la blennorrhagie qui a précédé l'orchite date de 1 mois et se révèle par un écoulement encore assez abondant, la miction n'est pas douloureuse.

Le malade entre à l'hôpital et il est soumis seulement au repos. Le jour de l'entrée il est purgé.

Le 18 octobre. — 2 jours après l'entrée la douleur est encore très vive.

Le 22 octobre. — L'épanchement vaginal toujours très abondant s'accompagne d'une douleur vive.

Le 24 octobre. — La douleur tend à diminuer.

(1) Dormand. — Loc. cit.

Le 29 octobre. — Il n'y a plus de douleur : l'épididyme reste induré.

Le 2 novembre. — L'épididyme reste induré, mais l'orchite peut être considérée comme guérie.

Mais il n'en faudrait pas conclure que la seule expectation puisse suffire pour établir un traitement rationnel. Le malade dont il s'agit a dû s'éjourner 17 jours dans les salles et son orchite depuis le début des accidents jusqu'au jour où il a pu être considéré comme guéri a duré 22 jours : c'est beaucoup pour une affection aussi banale !

Il en résulte que si l'orchite a une tendance naturelle à la guérison, que si à la rigueur celle-ci peut être péniblement obtenue par le seul repos et en évitant les complications que peuvent faire surgir l'absence du régime ou l'emploi d'un traitement inopportun, il n'en est pas moins vrai que le traitement doit être institué d'emblée pour répondre au desideratum *rapidité* de la cure de l'orchite blennorrhagique.

Voyons maintenant les résultats obtenus par les autres méthodes puisque jusqu'à présent nous ne nous sommes trouvés en présence que de méthodes ou dangereuses ou inefficaces.

CHAPITRE II.

TRAITEMENT MÉCANIQUE.

C'est par compression qu'agissent tous les procédés qui ressortissent de cette méthode.

I. — Pansement au diachylon. — C'est le procédé de Velpeau repris par Fricke (de Hambourg) qui exerçait sur le testicule la compression désirée par un pansement analogue à celui que Baynton employait pour le traitement des ulcères de jambes. Le suspensoir ainsi créé immobilisait le testicule et en exerçant une compression (très hypothétique selon nous, puisque la compression suppose toujours un plan résistant) amenait la guérison.

II. — Pansement à l'emplâtre de Vigo. — Tout ce que nous venons de dire s'applique également à l'emplâtre de Vigo (1) passible des mêmes reproches. Les guérisons obtenues par ces procédés n'étaient guère acquises dans un délai moindres.

(1) Velpeau préférait même l'emplâtre de Vigo au diachylon.

dré que celui qu'exige la simple expectation et comme ces auteurs soumettaient leurs malades à un repos absolu, il est permis de se demander si là n'est pas l'explication des succès attribués au diachylon et au Vigo en dépit de l'action résolutive possible de ce dernier.

III. — Application de collodion élastique. —

Dès 1854, le docteur Bonnafont ayant remarqué l'inefficacité des procédés précédents proposa de substituer au pansement par les bandelettes imbriquées de diachylon ou de Vigo les applications de collodion élastique. Les premières, douloureuses et peu stables avaient le double inconvénient ou d'exercer une pression incomplète ou d'être d'une application douloureuse.

Mais le procédé de Bonnafont est passible de la même objection : bien que parfois encore employé il mérite, ce nous semble, d'être abandonné à cause des douleurs intolérables qu'il cause au malade, soit au moment de l'application du topique, soit au moment de la suppression du pansement.

Pour faire disparaître cette dernière difficulté, nous conseillons d'appliquer sur le scrotum une couche de tarlatane sans empois, bien souple, avant d'y déposer le collodion, seul procédé pour supprimer d'un coup la gaze et le collodion sans que celui-ci ait contracté avec le scrotum d'adhé-

rences suffisantes pour rendre douloureuse la levée du pansement.

IV. — Compression par la ouate cardée. —

A cette méthode se rapportent les noms d'Horand de Lyon (1) et de Kien de Strasbourg (2). Avant eux d'ailleurs, de l'aveu même d'Horand, le docteur Langlebert de la Croix Rousse avait déjà mis en usage un procédé analogue (3).

Voici en quoi consiste le procédé. Ces auteurs enveloppent (4) « avec soin les bourses de coton cardé, puis appliquent par dessus une feuille mince de caoutchouc dans laquelle on a fait à l'avance une ouverture pour le passage de la verge, et enfin maintiennent le tout au moyen d'un vaste suspensoir s'accommodant très exactement aux parties qu'il doit soutenir ».

Pigornet fait très justement observer que l'immobilisation, la compression et la sudation agissent synergiquement contre l'élément douleur à tel point « qu'un malade de Kien fort épris de la chasse put chasser au cours d'une orchite douloureuse que le repos au lit et le chloral n'avaient pas apaisée ».

(1) Mémoire de la Société des sciences médicales de Lyon, 1877.

(2) Thérapeutique contemporaine, 1881, page 113.

(3) Ibid.

(4) Pigornet. — Loc. citato.

Ricord (1) était aussi partisan de la compression qu'il unissait aux émollients et à la ponction de la vaginale, mais déjà il lui reconnaissait des inconvénients.

Le principal est la douleur intolérable que provoque la compression exacte, principalement quand l'épanchement vaginal est en période d'augmentation, à tel point qu'il est fort souvent indiqué de supprimer le pansement.

La méthode offre d'ailleurs un autre désavantage, car elle nécessite la surveillance attentive du bandage, celui-ci devant être renouvelé au fur et à mesure que se produit la décongestion des organes comprimés.

Cependant elle a été reprise par Jullien qui, à l'aide d'un suspensoir spécial, dit en avoir obtenu de bons résultats. Pour nous, nous la considérons comme peu pratique; parfois difficilement tolérable et surtout comme nécessitant un traitement d'assez longue durée.

Avant de passer à l'étude des nombreux topiques qui ont été tour à tour préconisés puis usités dans le traitement de l'affection qui nous occupe, il nous reste à parler d'un procédé qui, comme nous le disions plus haut, appartient à la fois à

(1) Hunter. — *Traité des maladies vénériennes*. Annot. de Ricord, page 169.

la méthode de traitement mécanique et à la médication par les topiques.

V. — *Applications de glace* (1). — C'est surtout contre les orchites très douloureuses que M. Diday et plus tard M. Terrillon ont recommandé l'usage de la glace. M. Terrillon (2) n'hésite pas à qualifier le procédé d'« héroïque » lorsqu'il s'agit de l'élément douleur.

« Une vessie remplie de glace cassée en morceaux assez petits et maintenue sur le scrotum dont elle est séparée par un linge plié en plusieurs doubles dans le but d'empêcher la congélation, est le meilleur mode d'application. Dans les premiers instants, un quart d'heure environ, le malade éprouve une sensation douloureuse qui se calme vite pour faire place à un état d'engourdissement qui abolit toute douleur. » (Cité par Pigornet.)

Mais l'accord est loin d'être unanime sur ce procédé.

Langlebert le condamne sévèrement comme inefficace : il va même jusqu'à dire qu'il augmente la douleur et la congestion. Bien que M. Mauriac y ait eu plusieurs fois recours et en ait tiré quelque bénéfice, Rollet n'en est pas partisan. Pour nous,

(1) Voir à ce sujet la thèse de De la Valle, citée dans notre bibliographie.

(2) Terrillon. — Leçons professées à la Pitié, 1880.

s'il nous était permis de l'apprécier sans l'avoir personnellement expérimenté, nous dirions qu'il nous paraît onéreux et peu facilement applicable.

Il ne faut guère oublier, car il n'est pas dans la pratique des maladies vénériennes de petit détail, que le blennorrhagique est le plus souvent garçon, seul, éloigné de tout aide et de tout secours et que tout procédé compliqué n'est point à sa portée : c'est ici que revient encore l'élément *simplicité* dont il faut tenir grand compte.

Spillmann et Schmidt ont aussi préconisé le traitement par la glace.

VI. — *Stypage* (1). — Employé et préconisé par M. Du Castel, utilisé dans le service du docteur Balzer et signalé par Fleury dans sa thèse (Lyon 1891).

D'après ces auteurs, il amènerait la guérison en 11 à 12 jours. Le procédé se rapproche tellement du traitement par la glace que nous ne pouvons faire en ce qui le concerne que les mêmes remarques : il est d'une application plus facile peut-être, mais encore plus dispendieux.

VII. — *Courants continus*. — Cette médication

(1) C'est en même temps un mode de révulsion, et à ce titre il devrait figurer dans notre chapitre III : De la médication par les topiques.

d'ordre physique a été expérimentée par le docteur Henri Lorin qui lui a consacré sa thèse de 1890. Nous n'en avons aucune expérience.

Addita. — Nous n'avons mentionné que les types de traitement mécanique. Il serait facile de multiplier la liste des procédés en signalant encore le bandage de Desnos, la compression par la bande de caoutchouc souvent trop douloureuse pour être supportée, et préconisée par Reclus.

Les chirurgiens militaires compriment souvent le testicule atteint en prenant comme point d'appui la cuisse malade et en fixant le testicule par un bandage roulé approprié.

CHAPITRE III.

TRAITEMENT PAR LES TOPIQUES.

Avec l'étude du traitement par les topiques nous entrons dans l'exposé des procédés qui sont encore aujourd'hui le plus vulgairement employés. Nous n'en ferons pas l'historique qui est de date fort ancienne, mais dès l'abord nous sommes obligés de faire un départ entre les procédés employés par le vulgaire dont nous ne feront qu'une courte mention d'avec les procédés anciens d'un usage courant et les procédés nouveaux dont la publication est récente, c'est-à-dire remonte à quelques années à peine.

A. — Procédés vulgaires.

Ils n'ont guère comme justification que la crédulité populaire. Un des plus anciens, héroïque autrefois, disait-on, et qui avait pour prétention non seulement de guérir mais même de faire avorter l'orchite, était le suivant :

I. — Applications de boue de remouleur. —
Voilà certes un topique peu fréquemment employé en thérapeutique : sa seule mention excite suffisamment le sourire pour qu'il ne soit pas besoin d'insister.

II. — Applications du mâchefer des forgerons. —
Nous paraît digne de la même pharmacopée. Nous ne nous y arrêterons donc pas.

A côté de ces procédés, nous devons mentionner un certain nombre d'autres qui, quoique d'une valeur thérapeutique plus immédiate, n'ont pas fait fortune.

III. — Lotions de solutions de sulfate de fer. —
Ce sel agit évidemment comme astringent, il contribue aussi à la rétraction du scrotum et pourrait peut-être comme la glace rentrer dans le domaine des agents mécaniques. Mais outre qu'il n'amène pas une guérison sensiblement précoce, il a le grave inconvénient d'être d'un maniement peu facile étant donné les souillures d'oxydes de fer qu'il produit inévitablement sur tous les linges, draps, etc..., qui sont imbibés du liquide et comme, ainsi que nous l'avons déjà dit, il n'est guère de petits détails dans le traitement d'une affection aussi banale que l'orchite blennorrhagique, on ne saurait le laisser subsister ail-

leurs que dans l'historique de la thérapeutique de cette affection.

IV. — Applications de chloroforme. — Elles font partie, avec les procédés suivants, de la méthode révulsive dont elles ont les avantages et les inconvénients, Bouisson est le promoteur de ce procédé.

V. — Badigeonnages de teinture d'iode. — Douloureuses, provoquant pour un long temps la desquamation épidermique ces applications dont le résultat est sensiblement le même que celui que provoque le chloroforme, c'est-à-dire révulsion douloureuse, ont encore l'inconvénient de provoquer des poussées érythémateuses rebelles, parfois un véritable eczéma du scrotum avec pigmentation des plis génito-cruraux. Ce procédé doit être délaissé ou relégué au rang d'exception ou de procédé de nécessité, lorsque le chirurgien — fait rare — n'a pas d'autre topique à sa disposition : il est cependant parfois encore employé par de vieux praticiens.

VI. — Les vésicatoires et autres agents révulsifs (1). — L'ammoniaque, le coton iodé (2), rentrent

(1) Recommandés par Jordan.

(2) Préconisé par Larrieu (voyez bibliogr.).

encore dans cette catégorie. Il n'est point étonnant de les voir intervenir à une époque où toute affection inflammatoire, le phlegmon, par exemple, était soumise à la révulsion ; celle-ci fort douloureuse, entraînant la formation de phlyctènes, difficile à appliquer, sujette aux complications septiques, plus douloureuse et plus longue à guérir que l'affection contre laquelle elle est dirigée n'a guère que l'avantage d'exiger du malade un repos absolu.

VII. — *Pommades inertes* : à l'iodure de potassium, à l'iodure de plomb etc... Elles n'ont pas d'action bien nette et on trouve dans le traitement expectatif, la raison des succès qu'on leur avait attribués.

Mentionnons encore afin d'être à peu près complets dans cette énumération :

VIII. — *L'acide phénique* que quelques auteurs (Drouet entre autres) n'ont pas hésité à appliquer presque pure et déliquescent, en tout cas en solutions très concentrées (Reliquet) (1), moyen dangereux, provoquant une véritable cautérisation potentielle, parfois avec formation d'eschares profondes et que l'usage même a réservé aux funiculites internes. Ces applications ne doivent être

(1) Jusqu'à 10 0/0 pour Reliquet.

faites en aucun cas sur le scrotum, et même sur le trajet du cordon elles ne nous semblent pas obéir au grand aphorisme de toute thérapeutique « *Primum non nocere.* » Le docteur Blanc (1) dit cependant « ce mode de révulsion est employé quelquefois dans le traitement de l'orchite blennorrhagique. J'ai vu dans le service de mon maître M. Anger, les applications d'acide phénique pur employées comme révulsif sur le cordon dans tous les cas d'orchite blennorrhagique et chaque fois la résolution se produisit en quelques jours. Mais les premières heures de l'application sur la peau délicate et souvent macérée du cordon causent d'intolérables souffrances. Je crois qu'il ne faudrait pas abuser de ce moyen dans la pratique de la ville ». Nous ajouterons qu'il ne faudrait pas même en user. — Le docteur Laidier (2) vante les badigeonnages faits avec la mixture suivante :

Acide phénique cristall. en neige, 9 gr.

Alcool, 1 gr.

Plusieurs couches sur le scrotum et le trajet du cordon.

IX. — Les solutions de nitrate d'argent, qui agissent plus comme astringent que comme caustique et se rapprochent bien plutôt de l'action du

(1) Blanc. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale, 1^{er} juillet 1893.

(2) Laidier. — Gaz. des hôpitaux, 5 décembre 1893.

tannin (lui aussi employé) et du sulfate de fer que de celle de l'acide phénique, ont les mêmes inconvénients que celles de sulfate de fer sans être beaucoup plus efficaces.

X. — *L'alun* enfin clôt la série des topiques employés que l'on pourrait réunir sous le nom de *médication topique astringente* dans laquelle nous faisons rentrer :

L'extrait de saturne plus ou moins dilué, utilisé par M. Balzer, à l'hôpital Ricord,

Le sulfate de fer,

Le tannin,

Le nitrate d'argent,

L'alun.

B. Procédés d'usage courant.

Les procédés qu'il nous reste à mentionner ont au moins pour eux la sanction de la pratique et c'est de tous ceux que nous avons étudiés jusqu'ici ceux auxquels nous aurions le plus volontiers recours.

Les bains, les cataplasmes, l'onguent napolitain en font tous les frais car nous ne voulons pas parler pour le moment des procédés dits de petite chirurgie, tels que l'application des sangsues que nous nous réservons d'étudier plus loin.

XI. — *Bains* (1). — On ne saurait leur refuser une influence directe sur la sédation des phénomènes douloureux et inflammatoires.

Certains auteurs, M. Mauriac entre autres, leur accordent la plus grande confiance. Le bain doit être très chaud, de longue durée, 20 minutes au moins : il amène une détente rapide de la douleur.

Mais il exige la mobilisation du malade et en ville il est dispendieux ou nécessite un dérangement considérable, car il doit être fréquemment renouvelé sous peine de voir la réversion des phénomènes inflammatoires et douloureux.

A l'hôpital où ces considérations n'existent pas, le bain est généralement prescrit et les médecins de l'hôpital du Midi M. Humbert, Mauriac autrefois M. Du Castel, et aujourd'hui M. le docteur Balzer le font figurer dans leurs ordonnances. Dans son remarquable article du dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques, M. le professeur Fournier recommande les bains quotidiens d'une durée de 1 à 2 heures quand les phénomènes inflammatoires sont intenses.

Nous verrons plus loin qu'il est possible, grâce à un procédé récent, d'en supprimer les inconvénients tout en en conservant les avantages. En som-

(1) Voir la note de la page 48 sur les eaux thermales.

me, c'est là une bonne méthode digne d'être conservée.

XII. — *Cataplasmes*. — Laudanisés ou non, (XXXàLX gouttes de laudanum de Sydenham sur un cataplasme de farine de graine de lin, d'amidon ou de fécule de pommes de terre) les cataplasmes vulgaires encore remplacés dans l'armée par les cataplasmes Lelièvre que l'on peut imbiber et dessécher à volonté pour la conservation ultérieure constituent une précieuse ressource d'antique usage. Comme le bain ils agissent par chaleur, humidité, sudation, et presque toujours produisent une amélioration notable. Ils sont la ressource principale de la pharmacopée ancienne et cela à juste titre puisque l'absence d'érosions, de plaie, permet de ne pas tenir compte de leurs propriétés septiques. Unis aux bains ils entrent, comme nous le verrons, dans le formulaire du Midi, hôpital où ils nécessitent une manutention active.

Mais pourqu'ils soient efficaces et malgré l'opinion contraire de quelques auteurs, on s'accorde à reconnaître qu'il faut les employer chauds. Leur préparation assez incommode, la nécessité de les renouveler fait que pour le malade de la ville, isolé dans son lit, le procédé perd beaucoup de la simplicité qu'il paraît présenter au premier abord.

En somme, procédé excellent, faute de mieux, et qui peut rendre, dans les petits centres et les campagnes surtout, de notables services.

XIII. — Onctions d'onguent napolitain : sont répandues aussi, et mettent en œuvre le pouvoir résolutif, à notre avis incontestable, des onguents mercuriaux. Uni à l'extrait de belladone, l'onguent napolitain est un topique des plus précieux qui a le mérite de pouvoir être employé concurremment avec les cataplasmes. Mais il a l'inconvénient et cela résulte de son absorption transcutanée à laquelle il doit d'autre part sans doute ses propriétés résolutes, de provoquer souvent des accidents d'hydrargyrisme légers, à la vérité, mais toujours pénibles, la salivation mercurielle en particulier avec gingivite et même stomatite plus ou moins interne. Le fait est des plus fréquents comme l'on peut s'en assurer en fréquentant les services de l'hôpital du Midi (actuellement hôpital Ricord) et dans les services où il est couramment employé, l'adjonction au traitement de gargarismes chloratés montre que la crainte de ces accidents est justifiée. D'autre part, son emploi nécessite des soins de propreté assez délicats et il est parfois fort difficile à faire accepter par les malades de la classe aisée. Il nous faut donc chercher autre chose et ne nous tenir aux ponctions mer-

curielles que faute de mieux et s'il était prouvé que l'emplâtre de Vigo dissout dans l'huile eut la même valeur, il faudrait renoncer à l'onguent mercuriel pour adopter le Vigo.

Avant de passer à l'étude de procédés plus récents, nous croyons utile de consigner, comme nos devanciers, quatre modèles d'ordonnance banalement employées dans les services de l'hôpital du Midi et qui peuvent être un point de repère utile pour le praticien.

SERVICE DE M. HUMBERT.

- 1° Ne boire ni café, ni vin, ni bière,
- 2° Prendre un grand bain par semaine,
- 3° Repos absolu au lit,
- 4° Maintenir les bourses relevées,
- 5° Prendre une bouteille d'eau de Sedlitz,
- 6° Porter un suspensoir,
- 7° Appliquer sur les bourses un cataplasme de farine de lin,
- 8° Faire sur le testicule malade des onctions d'onguent napolitain.

SERVICE DE M. MAURIAC.

- 1° Boire tous les jours un ou deux litres de tisane de chiendent ou de queues de cerises,

- 2° Prendre trois fois par semaine un grand bain simple d'une heure de durée,
- 3° Repos absolu dans la position horizontale, tenir les bourses relevées et les recouvrir constamment de cataplasmes émollients,
- 4° Se purger tous les deux jours, pendant une semaine, en prenant le matin à jeun une demi-bouteille d'eau de Sedlitz de 60 gr,
- 5° Suivre un régime sobre, se fatiguer le moins possible, s'abstenir de femmes, de vin, de bière, de liqueurs fortes. Porter un suspensor.

SERVICE DE M. DU CASTEL (1889).

- 1° Repos au lit,
- 2° Tenir les parties relevées sur le ventre,
- 3° Appliquer 12 sangsues sur le cordon du côté malade,
- 4° Cataplasmes de farine de lin cuite dans une décoction de pavots,
- 5° Tous les deux jours prendre un grand bain,
- 6° Prendre deux verres d'eau de sedlitz le jour où on ne prend pas de bain.

SERVICE DE M. BALZER (1893).

D'après les renseignements qu'a bien voulu nous donner l'interne de M. Balzer, ce chef de service traite ses malades de la façon suivante:

- 1° Repos au lit,
- 2° Tenir les bourses relevées à l'aide d'un bandage,
- 3° Applications de compresses imbibées d'extrait de saturne,
- 4° Si l'orchite est particulièrement douloureuse, avoir recours au stypage (1).

Avant de passer à l'étude des procédés plus récemment publiés, nous désirons dire un mot des deux prescriptions qui reviennent uniformément dans les ordonnances précédentes :

1° Pour tenir les bourses relevées il suffit ordinairement d'employer, si le malade reste au lit, une feuille de carton épais échancrée, un calendrier, par exemple, ou mieux une feuille de zinc échancrée et garnie de diachylon sur les bords pour éviter les blessures ; la feuille de zinc peut être ébouillantée, lavée et maintenue dans un état de propreté parfaite.

Le malade doit-il se lever, une serviette passée au niveau du périnée rattachée à une ceinture et garnie d'ouate, le suspensoir de Jullien, ou simplement un caleçon de bain ouaté assurent la contention des testicules.

2° Quant au *repos* il paraît être la condition *sine qua non* d'une guérison rapide ; il est de plus

(1) M. le Professeur Fournier, que nous nous sommes fait le devoir d'aller consulter, nous a dit ne point employer de traitement spécial.

une garantie contre l'inflammation du testicule jusque là resté sain.

Malheureusement il s'accommode peu avec les exigences professionnelles, car il est la plupart du temps fort difficile à obtenir des malades. La guérison peut néanmoins être obtenue en dehors de tout repos comme nous en citerons des exemples. En pratique civile, le médecin sera donc souvent obligé de composer avec les intérêts du malade ; il pourra ne prescrire le repos que pendant la période très douloureuse laquelle variera suivant la méthode de traitement employée, mais en aucun cas il ne devra permettre la marche sans l'assurance formelle qu'un moyen de contention exact des testicules sera appliqué et que cette marche restera modérée et scrupuleusement réservée aux exigences professionnelles.

C'est ainsi que Falkson a publié dans le n° 3 du Berl. Klin. Wochensch. de 1893 un mémoire sur le traitement de l'épididymite blennorrhagique sans repos au lit.

Avant de passer à l'étude d'un procédé assez récemment publié, nous devons mentionner un procédé qui aurait donné, au dire de son auteur, de beaux succès. C'est l'application sur les bourses d'eau chaude à 55°. Ce procédé aurait, dit M. Reclus qui l'a le premier employé, une efficacité presque constante. Il agit sans doute comme les

cataplasmes très chauds et a l'avantage de ne point exiger la manipulation ennuyeuse et désagréable de ces derniers.

XIV. — *Eaux thermales.* — C'est dans le même sens qu'agiraient certaines eaux thermales et les boues de Dax en particulier dont l'usage paraît avoir donné de bons résultats, mais qui ne sont en général qu'à la portée des malades fortunés.

Le docteur Barthe de Sandfort, a démontré la possibilité de la cure de l'orchite par ces boues transportées à Paris.

C. — **Méthode récente.**

En 1891, le docteur Thiéry publiait dans la Gazette médicale de Paris en se fondant sur un nombre important d'observations recueillies tant par lui que par M. Fosse, à l'Hôtel-Dieu et à l'hôpital du Midi, un travail où ils s'efforçaient de prouver avec statistiques à l'appui la valeur du traitement de l'orchite blennorrhagique par les pulvérisations phéniquées. Depuis, nous avons entendu si souvent l'auteur vanter les résultats obtenus, les affirmer avec tant de conviction et nous avons été si séduits par les résultats qu'il nous a montrés que nous avons voulu nous faire une opinion exacte sur ce point.

Grâce à son obligeance, nous avons pu à plusieurs reprises suivre les malades traités dans le service de ses maîtres M. Verneuil, à l'Hôtel-Dieu et M. Tillaux, à la Pitié,

Ayant eu la bonne fortune de recueillir quelques observations inédites pour notre thèse, nous désirons consacrer un chapitre étendu à cette méthode encore peu répandue et, il faut l'avouer, beaucoup moins connue qu'elle ne le mérite.

Se fondant sur le raisonnement et sur les résultats remarquables que donne la pulvérisation dans toutes les inflammations septiques des téguments : lymphangites, furoncles anthrax et même des parties plus profondes (phlegmons profonds) l'auteur a pensé que les symptômes cardinaux de l'orchite : douleur et tuméfaction ne pouvaient que bénéficier de la mise en œuvre de la pulvérisation qui agit à la fois :

1° par humidité.

2° par chaleur.

3° par pénétration.

Nous disons par pénétration car celle-ci est amplement prouvée par la coloration noire des urines qui suivent souvent après les deux ou trois premières séances de pulvérisation.

Ici un point se pose auquel il est difficile de répondre actuellement : la pulvérisation phéniquée agit-elle seulement en tant que pulvérisation inerte,

ou faut-il l'attribuer à l'acide phénique, comme l'avaient fait Drouet et Reliquet, outre le pouvoir analgésique que quelques auteurs lui ont reconnu une propriété antiseptique contre les micro-organismes que les travaux récents de Eraud et Hugounenq (1) reconnaissent dans l'orchite blennorrhagique ?

Nous serions tentés de croire d'après quelques essais auxquels nous avons assisté que le facteur pulvérisation est beaucoup plus important dans l'espèce que le facteur acide phénique. Cependant il serait prématuré de se prononcer à cet égard avant d'avoir expérimenté sur un grand nombre de cas, ce que nous n'avons pu faire ; nous nous en tiendrons donc à la pratique de l'auteur qui a donné de si bons résultats. Les voici d'ailleurs consignés dans les 25 observations personnelles dont MM. Thiéry et Foucard font suivre leur travail.

(1) Eraud et Hugounenq. — Recherches bactériologiques sur la pathogénie de l'orchite blennorrhagique et de certaines orchites infectieuses. — Analyse in *Semaine médicale* 1893, page 163.

OBSERVATIONS.

OBSERVATION I

P. âgé de 21 ans. Blennorrhagie antérieure ayant duré sept ou huit mois suivie d'épididymite gauche. Actuellement blennorrhagie datant d'une quinzaine de jours. Epididymite droite depuis trois jours. Douleurs très vives, tuméfaction légère, insomnie.

1^{re} *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. 4^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. A la sortie, il reste une induration de l'épididyme. Le traitement a duré trois jours.

OBSERVATION II

L. âgé de 29 ans. Blennorrhagie datant de deux ans. Epididymite gauche, il y a deux ans, guérie en quinze jours. Actuellement nouvelle épididymite gauche, depuis la veille. Douleurs assez vives. Tuméfaction. Inappétence. Fièvre.

1^{re} *Pulvérisation*. — Pas d'amélioration, puis augmentation des douleurs et de la tuméfaction. 6^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. 10^e *Pulvérisation*. Plus

de tuméfaction. A la sortie, après la 11^e pulvérisation, il reste une légère induration de l'épididyme. Le traitement a duré six jours.

OBSERVATION III

P. L., cordonnier, âgé de 25 ans. Blennorrhagie datant de deux ans. Epididymite gauche depuis huit jours. Douleurs. Tuméfaction. Fièvre. Insomnie.

3^e *Pulvérisation*. — Les douleurs ont disparu avec la fièvre et l'insomnie. 10^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu également. A la sortie, il reste une légère induration de l'épididyme. Le traitement a duré cinq jours.

OBSERVATION IV.

X., âgé de 24 ans. Blennorrhagie datant de trois mois. Epididymite gauche depuis deux jours. Douleurs très vives. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs ont disparu. 10^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. A la sortie, il reste une faible induration de l'épididyme. Le traitement a duré six jours.

OBSERVATION V.

M., âgé de 19 ans. Blennorrhagie datant de cinq mois. Il y a un mois, épididymite droite, guérie en quinze jours.

Actuellement épididymite gauche depuis trois mois. Douleurs très vives. Tuméfaction légère.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs ont disparu. 8^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. A la sortie, il reste une induration de l'épididyme. Le traitement a duré quatre jours.

OBSERVATION VI.

L. âgé de 21 ans. Blennorrhagie datant de quatorze mois. Epididymite double depuis trois jours. Douleurs très vives. Insomnie.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs sont très apaisées. 10^e *Pulvérisation*. Les douleurs et la tuméfaction ont disparu entièrement. A la sortie, après la 11^e pulvérisation, il reste une induration légère des deux épididymes. Le traitement a duré six jours.

Ce malade, revu quinze jours après, avait conservé tout le bénéfice de son traitement et ne présentait plus que quelques faibles traces de son épididymite double à la queue de chaque épididyme.

OBSERVATION VII (Voir page 91).

OBSERVATION VIII (Voir page 91).

OBSERVATION IX.

B., âgé de 22 ans. Blennorrhagie datant de quatorze mois. Epididymite double depuis treize jours. Douleurs

leurs très vives s'irradient dans les lombes. Tuméfaction double. Insomnie.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs disparaissent pour revenir une heure après. 5^e *Pulvérisation*. Les douleurs et la tuméfaction ont disparu à gauche. 16^e *Pulvérisation*. Toute douleur a disparu des deux côtés. A la sortie, il reste une induration insensible des deux épидидymes. Le traitement a duré huit jours.

OBSERVATION X (Voir page 91).

OBSERVATION XI.

B., âgé de 38 ans. Blennorrhagie datant de trois ans. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs assez vives. Tuméfaction. Insomnie.

5^e *Pulvérisation*. — Les douleurs ont disparu. 8^e *Pulvérisation*. Plus de tuméfaction. A la sortie, il reste un petit point induré, à la queue de l'épididyme. Le traitement a duré quatre jours.

OBSERVATION XII.

D. G., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant de deux mois et demi. Antérieurement première épидидymite droite guérie. Actuellement, épидидymite gauche depuis quatre jours. Douleurs très vives. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Grande amélioration. 6^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. 14^e *Pulvérisation*.

La tuméfaction a disparu également. A la sortie, il reste une induration insensible de l'épididyme. Le traitement a duré huit jours.

OBSERVATION XIII.

P., âgé de 25 ans. Blennorrhagie datant de cinq mois. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs. Tuméfaction.

7^e *Pulvérisation*. — Les douleurs ont entièrement disparu. 8^e *Pulvérisation*. Plus de tuméfaction. A la sortie il reste une induration de l'épidyme. Le traitement a duré quatre jours.

OBSERVATION XIV (Voir page 91).

OBSERVATION XV.

Chabr., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant de trois semaines. Epididymite gauche depuis six jours. Douleurs très vives. Epanchement abondant dans la vaginale.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs augmentent. Insomnie. 8^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. L'épanchement reste stationnaire. Puis il commence à diminuer et finit par disparaître après la 28^e pulvérisation. A la sortie, il reste une induration légère de l'épididyme. Le traitement a duré quatorze jours.

OBSERVATION XVI.

M., âgé de 30 ans. Blennorrhagie datant de trois mois. Epididymite double depuis quatre jours, avec funiculite double. Douleurs vives. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Amélioration notable. 5^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu à droite. 7^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont à peu près complètement disparu gauche. Tuméfaction presque nulle. A la sortie il reste une tuméfaction à peine sensible, une induration de l'épididyme et une légère sensibilité. Le traitement a duré quatre jours.

OBSERVATION XVII (Voir page 91).

OBSERVATION XVIII.

Cham., âgé de 28 ans. Blennorrhagie datant de deux mois. Epididymite gauche depuis quatre jours. Douleurs vives. Tuméfaction. Funiculite légère.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs ont beaucoup diminué, ainsi que la tuméfaction. 2^e *Pulvérisation*. Les douleurs sont plus vives. 10^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. Il reste un peu de sensibilité qui disparaît tout à fait après la 11^e pulvérisation. A la sortie, il reste une induration légère d'épididyme. Le traitement a duré cinq jours.

OBSERVATION XIX (Voir page 91.)

OBSERVATION XX.

Math., âgé de 33 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis dix jours. Tuméfaction. Douleurs. Fièvre.

1^{re} *Pulvérisation*. — Amélioration notable. 4^e *Pulvérisation*. Les douleurs presque complètement disparues, persistent cependant, mais très légères et très limitées, jusqu'à la 16^e pulvérisation, l'épanchement dans la vaginale était assez abondant et disparaît tout à fait vers la 20^e pulvérisation. A la sortie, il ne restait qu'un peu de l'induration d'épididyme. Le traitement a duré dix jours.

OBSERVATION XXI, XXII, XXIII et XXIV.

Il s'agit de 4 malades traités à l'Hôtel-Dieu par le procédé, et chez lesquels le traitement a duré sept, six, neuf et sept jours. La douleur, très vive à l'entrée, avait constamment diminué, pour être nulle de la 3^e à la 6^e pulvérisation.

OBSERVATION XXV.

L., traité à l'Hôtel-Dieu. Blennorrhagie d'un mois. Orchiepididymite gauche depuis huit jours. Douleurs vives. Funiculite.

Deux pulvérisations, après lesquelles la douleur devient telle que le traitement par la pulvérisation doit être suspendu.

A ces observations publiées en 1891, nous ajouterons les suivantes inédites, qu'en raison de leur similitude avec les précédentes, nous ne rapporterons qu'en abrégé.

OBSERVATION I (inédite).

N., 28 ans, maçon, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 novembre 1891, salle Saint-Landry. Le malade a eu une chaude-pisse il y a 4 ans, terminée sans complications. Nouvelle blennorrhagie datant de 15 jours. Depuis 4 jours, à la suite probablement d'excès de marche, orchite gauche forme épididymite. Il prend seul du Santal, mais au bout de 3 jours il est obligé de cesser son travail et entre à l'hôpital. Epididyme énorme très douloureux. Vaginalite abondante. Téguments oedémateux et adhérents ; menace de funiculite. La 1^{re} pulvérisation faite le 25 novembre, jour de l'entrée, amène une légère détente ; à la 3^e pulvérisation (26 novembre), il ne souffre plus ; il sort de l'hôpital 7 jours après son entrée et après 10 pulvérisations. Il peut reprendre son travail.

OBSERVATION II (inédite).

V., garçon charcutier, 19 ans, entré à l'Hôtel-Dieu le 4 janvier 1891. Orchi-épididymite aiguë sans funiculite consécutive à une blennorrhagie datant de 3 semaines.

Il y a eu une tentative de cathétérisme à la suite de laquelle semble avoir débuté l'orchite. Le malade a appliqué chez lui 4 cataplasmes pendant 2 jours, mais il n'a pas obtenu d'amélioration. Au 3^e jour de l'orchite, on fait la première pulvérisation, le soir du même jour la seconde, et il se déclare très soulagé. Il reste encore 3 jours à l'hôpital, sort après un total de 7 pulvérisations à peu près guéri ; il exige sa sortie pour affaires.

OBSERVATION III (inédite).

G. M., 25 ans, entre à l'hôpital du Midi en septembre 1891. Blennorrhagie datant de 15 jours. Orchi-épididymite gauche très aiguë avec vaginalite datant de 5 jours, ayant résisté aux applications d'eau blanche. — Le malade n'est pas soumis à un repos absolu, mais accepte 3 pulvérisations par jour : à la 3^e il ne souffre plus et à la 10^e il peut reprendre son travail de typographe. Il sort muni d'un caleçon de bain ouaté.

OBSERVATION IV (inédite).

L., boulanger, 31 ans, marié, père de famille, contracte une blennorrhagie qu'il guérit en 2 mois, grâce au copahu. Mais il persiste une blennorrhée et à la suite de l'introduction d'une bougie Raynal il présente les signes d'une orchite blennorrhagique type du début. Il est soigné en ville par le Docteur T... qui institue dès le 2^e jour de l'orchite le traitement par les pulvérisations à raison

de 2 par jour. Après six pulvérisations, l'amélioration est telle (4^e jour de l'orchite) qu'il peut descendre dans son magasin et reprendre une partie de ses occupations. Au 8^e jour il ne reste qu'une induration insignifiante de la peau de l'épididyme.

OBSERVATION V (inédite).

D. A., 35 ans, vient à la consultation externe de la Pitié (juillet 1893). Blennorrhagie de 3 semaines. Orchite droite datant de 8 jours, encore douloureuse mais cependant en voie de régression. Le chef de clinique ne juge pas nécessaire de l'admettre, mais il lui fait faire une pulvérisation par jour, salle Michon, service de M. Tillaux. Après la 4^e pulvérisation, le malade ne revient pas. Revu 10 jours plus tard, il déclare que l'amélioration était telle qu'il s'est cru guéri : de fait, l'orchite a disparu.

Toutes ces observations semblent démontrer surabondamment que la pulvérisation phéniquée est d'une valeur incontestable dans le traitement de l'orchite blennorrhagique.

A. — Elle est efficace puisque tous les malades ont guéri rapidement.

B. — Elle offre (conclusions de l'auteur) un triple mode d'action qui en font un antiseptique, un analgésique et un résolutif.

C. — Elle amène rapidement la sédation de la douleur, hâte la résolution inflammatoire et réduit dans de notables proportions la durée de l'affection (6 à 8 jours).

D. — Elle remplace avantageusement les topiques habituellement employés.

E. — Elle ne donne lieu à aucun accident local ou général.

F. — Elle paraît applicable non seulement aux orchites gonococciennes mais encore à toutes les orchites aiguës.

De toutes ces conclusions dont nous avons pu vérifier l'exactitude nous discuterons seulement la 4^e.

Il est bien évident que les avantages incontestables de la pulvérisation doivent excuser ce que sa pratique a de délicat ou d'onéreux. Cependant ces deux inconvénients n'en existent pas moins.

On peut donc faire deux objections : quels que soient les résultats obtenus la pulvérisation reste d'une application difficile : 1^o à cause de la technique qu'ignore le malade, 2^o à cause du prix de l'appareil.

En ce qui concerne l'une et l'autre objections il est facile de la réfuter s'il s'agit d'un service hospitalier où le pulvérisateur à vapeur est d'un usage courant.

Mais en ville il est loin d'en être de même : son achat représente une somme relativement élevée 75 à 100 fr. ; sa location même revient à 25 fr. par semaine, chiffre évidemment exagéré. L'auteur que nous avons interrogé à ce propos nous répond :

« Le pulvérisateur à vapeur est d'un usage trop constant pour qu'il ne figure pas au même titre que la trousse ou le forceps dans l'arsenal de tout praticien éloigné des grands centres.

Avec cet appareil, il pourra traiter économiquement et simplement sans être un chirurgien consommé l'anthrax, les furoncles, les lymphangites, les adéno-phlegmons, les plaies sanieuses, l'infiltration d'urine après débridement, les gangrènes, l'érysipèle, les hémorroïdes procidentes et enflammées, c'est donc un appareil de première nécessité que tout praticien doit posséder.

En ville, le traitement ne devant pas durer plus de huit jours, terme ordinaire de la guérison, on peut affirmer qu'il n'est pas encore très dispendieux : peut-être même peut-on assimiler la dépense faite à celle que nécessitent les cataplasmes, topiques divers, etc., tout compte fait de la durée de l'affection et du repos forcé pendant le laps de temps que nécessite la guérison par ces moyens. Au surplus, ce léger inconvénient n'est-il pas compensé au centuple par la disparition *immédiate* de la douleur, la propreté et la prompte efficacité du traitement ?

Quant à la technique, elle est des plus faciles à suivre et il n'est guère de malade qui, après une première démonstration, ne soit en état d'y faire face ».

La voici rédigée d'après les indications de l'auteur :

« Nous avons constamment fait usage du pulvérisateur à vapeur grand modèle que possèdent communément les hôpitaux, le seul dont l'emploi soit compatible avec la haute température que doit présenter le jet pulvérisé et la durée des séances de pulvérisation. Le malade est placé sur le bord du lit, les pieds reposant sur deux chaises dans la position qu'il occuperait sur un fauteuil à speculum. — Tout l'hypogastre et la partie supérieure des cuisses sont recouverts d'un taffetas gommé perforé au niveau des bourses qu'il isole, les exposant seules à la pulvérisation, et conduisant dans un récipient placé au bas du lit l'excès du liquide pulvérisé ; les bourses sont ou non recouvertes d'une feuille simple de tarlatane des hôpitaux ; s'il y a funiculite, la région inguinale reste découverte.

Le pulvérisateur, chargé de solution phéniquée à 1/50, est placé sur une chaise ou sur une table de nuit, suivant l'élévation du siège du malade, il est distant de 25 à 30 centimètres, de telle façon que la pulvérisation soit projetée sur les bourses aussi chaude que possible et sur une large surface.

La séance dure de 20 minutes à une demi-heure. Elle est renouvelée deux fois par jour dans les

cas ordinaires, trois fois si les symptômes sont très accusés jusqu'à guérison.

Dans l'intervalle des pulvérisations, le malade reste étendu dans son lit, les bourses relevées par une planchette échancrée. »

Cette dernière prescription peut même, au bout de 3 ou 4 jours, se relâcher de sa sévérité et le malade peut se lever pour s'étendre sur un canapé, muni d'un bon caleçon de bain ouaté. La pulvérisation seule suffit : ni purgation, ni bains, ni topiques, ni médicaments à l'intérieur ; aucun autre traitement de quelque nature que ce soit en dehors du régime du blennorrhagique : voilà qui ajoute à la simplicité du procédé dont les excellents résultats ne peuvent faire aucun doute pour quiconque l'a employé.

Il clôt donc favorablement la série des multiples topiques qui ont été employées. Il nous reste à parler maintenant de la médication interne et du traitement dit chirurgical.

CHAPITRE IV.

MÉDICATION INTERNE.

Le titre de ce chapitre peut, au premier abord, étonner le lecteur peu accoutumé à entendre parler d'un autre traitement de l'orchite que du traitement local par la compression ou les topiques.

Cependant les ordonnances de l'hôpital Ricord que nous reproduisons textuellement plus haut mentionnent déjà quelques prescriptions particulières qui ressortissent, pour ainsi dire, de la médication interne, en particulier la purgation. Il y a donc lieu d'établir un départ entre les procédés de médication interne qui n'interviennent qu'accessoirement, comme un épisode du traitement pour ainsi dire, comme un adjuvant de la méthode topique, et le traitement par la médication interne proprement dit dans lequel le médicament compose à lui seul la forme et le fond du traitement.

I. — Purgation. — A la première catégorie appartient la purgation d'usage fort ancien et dont l'emploi s'est encore conservé jusqu'à nos jours : il est peu de praticiens de la ville, dans la vérité-

ble acception du mot, qui ne prescrivent la purgation et nous avons vu qu'elle intervient dans les ordonnances magistrales des hôpitaux.

Est-elle indispensable ? Nous serions tentés de répondre non ; sans doute elle peut agir au début comme dérivatif, elle a encore l'avantage de permettre un plus long séjour au lit sans mobilisation du malade, lorsque le tube intestinal une fois bien évacué, ne permet plus que des aliments légers donnant peu de déchets organiques. Mais au début, la fréquence des évacuations qu'elle provoque n'est-elle pas une cause de fatigue pour le malade et le résultat inverse à celui que l'on cherche n'est-il pas obtenu ?

Nous n'avons d'ailleurs pas l'intention de discuter bien longuement ce point : c'est affaire de doctrine, et nous croyons être dans la mesure du vrai en disant que si elle ne présente pas de grands avantages, la purgation n'offre pas non plus de grands inconvénients ; elle pourra donc être prescrite ou non suivant les cas et comme elle jouit auprès du public d'une grande faveur, il y aura quelquefois prudence à en conseiller l'emploi pour éviter que le malade n'attribue à l'oubli de cette prescription qu'il regarde comme si importante, telle ou telle complication qui pourrait survenir. Quelques auteurs cependant (Tillaux) admettent qu'elle diminue notablement la durée de l'orchite.

II. — Lavements. — Nous n'insisterons pas beaucoup sur les lavements. Ils peuvent être de deux sortes : ou évacuateurs et seraient alors peut-être préférables à la purgation, ou bien calmants. Ce n'est que dans le cas d'orchite très douloureuse qu'on pourrait avoir recours à des lavements composés, laudanisés par exemple, mais nous verrons (et nous avons déjà vu en parlant de la pulvérisation phéniquée) qu'il reste d'autres moyens plus simples d'arriver au même but.

Médication interne proprement dite.

III. — Tartre stibié. — L'idée de traiter l'orchite blennorrhagique médicalement par l'administration à l'intérieur de certaines substances n'est pas absolument nouvelle quoique de date peu ancienne. En recherchant dans les traités anciens, il serait facile d'y retrouver employées à cet usage les drogues les plus multiples et les plus complexes et dont la tisane d'orge miellée formait souvent la base.

Mais c'est récemment, disions-nous, que l'idée a pris naissance de traiter d'emblée et de parti pris l'orchite blennorrhagique par les agents médicaux. Un des premiers, Curling dit avoir arrêté une orchite aiguë en 30 heures à l'aide du tartre stibié à dose nauséuse.

IV. — *Calomel*. — Employé également par Curling (10 à 15 centigr.) uni à la poudre de Dower (30 à 40 centigr.), le calomel ne paraît guère avoir d'autre valeur que celle d'un purgatif.

V. — *Sulfate de quinine*. — C'est un agent auquel M. le Professeur Verneuil accorde grande confiance et que nous avons entendu prôner dans une de ses leçons de l'Hôtel-Dieu (1). Pigornet, qui l'a administré à trois malades, dit n'en avoir pas retiré des résultats notables.

Dans un cas dont nous avons pu recueillir l'observation en 1889 dans le service du Professeur Verneuil, il n'en fut pas de même, mais il faut dire que le malade, soldat dans les colonies, y avait été atteint de lésions hépatiques et que le paludisme pouvait être incriminé.

L'expérimentation de Pigornet, « si étroite, dit-il lui-même, est loin de lui permettre de pouvoir contester l'efficacité de cette médication. »

Mais nous avons dans les médicaments suivants des agents de guérison tellement actifs, qu'il nous semble inopportun de discuter plus longtemps cette question, le sulfate de quinine offrant, en dépit des avantages qu'il peut présenter, le grand inconvénient d'être coûteux et difficilement supporté par bien des malades, souvent même peut-il être le point de départ de dyspepsies rebelles.

(1) Verneuil. — Clinique chir. de l'Hôtel-Dieu, 1892.

VI. — *Iodure de potassium*. — Ce médicament a été aussi plusieurs fois prescrit, mais il s'adresse plutôt au traitement des indurations persistantes consécutives à l'orchite, qu'à l'orchite aiguë elle-même. Nous en dirons donc un mot en parlant du traitement de la période chronique d'induration épидидymaire. (V. page 85).

VII. — *Salicylate de soude*. — Son usage dans le traitement de l'orchite blennorrhagique est d'origine anglaise et doit être rapporté à Sir Edward Henderson (1) qui note à cette époque (1882) son influence favorable sur le symptôme douleur et sur la résolution de l'épanchement vaginal.

M. Chauffard, professeur agrégé de la Faculté de Paris, reprit cette étude peu de temps après et les cinq malades auxquels il administra le salicylate furent promptement guéris.

En 1885, M. le Docteur Du Castel, alors médecin à l'hôpital du Midi, institua des expériences à cet égard, et soumit au traitement salicylé la plupart des malades atteints d'orchite qui entrèrent dans son service ; il nota aussi l'amendement rapide de la douleur et la résorption précoce de l'épanchement. M. Henri Gautier, son interne (1886) continua ses recherches sur un nombre

(1) The Lancet, 1882. — Salicylate of soda in acute orchitis complications gonorrhœa.

assez considérable de malades, et dans sa thèse inaugurale de 1886, Alfred Pigornet (1) put joindre aux 3 observations de Henderson 26 observations inédites personnelles. C'est donc au travail de cet auteur que nous renverrons le lecteur désireux de lire les détails de cette expérimentation.

De la discussion des observations, il ressort que la sédation de la douleur a toujours été rapide, qu'au bout de 3 journées de traitement on pouvait presser l'épididyme malade sans qu'il fût plus sensible que celui du côté sain, il en résultait une diminution très notable de la durée de l'hospitalisation nécessaire à la guérison parfaite des malades; seules, les orchites accompagnées de funiculite restèrent rebelles, et il fallut revenir à d'autres procédés de traitement pour ces cas particuliers.

Voici d'ailleurs *in extenso* les conclusions de l'auteur:

1° Dans l'orchite blennorrhagique, le salicylate de soude amène au bout de quelques heures une diminution d'abord, puis une disparition complète de la douleur;

2° Son action est surtout constante dans les cas aigus d'épididymite avec vaginalite;

3° Lorsque l'inflammation du cordon domine la scène, la médication est souvent sans effets,

(1) Loc. cit.

4° Dans les cas ainsi traités, la résolution du gonflement commence plus tôt que dans les cas soumis au traitement par les antiphlogistiques, elle suit une marche régulière et elle peut être achevée en moins de 8 ou 10 jours, ne laissant après elle qu'une légère induration de l'épididyme,

5° Cette médication a l'avantage de permettre au malade de se lever au bout d'un jour ou deux. Par sa simplicité, son innocuité, son efficacité bien constatée, elle présente de grands avantages sur les autres modes de traitement ».

Après la lecture des observations publiées par M. Pigornet, nous souscrirons volontiers à la plupart de ses conclusions. Nous ne pouvons cependant nous garder de faire quelques réflexions sur sa conclusion V.

Sans doute, c'est un grand avantage de pouvoir, sans détails de technique délicats ou onéreux, guérir complètement et rapidement l'orchite, et surtout de pouvoir permettre au malade de se lever. Mais est-il bien juste de regarder le salicylate de soude comme un médicament toujours innocent? Outre qu'il ne doit être prescrit ni aux rénaux, ni aux cardiaques, ni aux cérébraux, il est passible des mêmes reproches que nous adressions au sulfate de quinine. Il a provoqué, à la dose administrée (de 3 à 6 grammes environ), des bourdonnements et jusqu'à la surdité chez plusieurs des malades traités.

En résumé, son efficacité ne semble pas douteuse ; mais les difficultés de son emploi, puisqu'il s'accumule dans l'économie, les contre-indications qui proviennent d'états propathiques, les inconvénients qu'il peut provoquer chez des individus en apparence sains et de robuste constitution, ne permettent pas d'en généraliser l'emploi.

Les orchites paludéennes en paraissent particulièrement justiciables (1).

VIII. — *Teinture d'anémone pulsatile*. — C'est en Angleterre et en Amérique que les premières expériences ont été faites sur ce sujet.

L'action spéciale de l'anémone pulsatile, dit Dormand (2), d'après Martel, de Saint-Malo, fut découverte par un homœopathe, grâce à la vive douleur provoquée par son usage sur un testicule sain.

En 1884, Borscheim (3) signalait les bons résul-

(1) Bertholon. — Orchites paludéennes primitives, *Arch. de méd. milit.*, octobre 1890.

Schmit. — Orchite paludéenne, *Ibid.*, mars 1887.

Charcot. — *Bull. Soc. de chirurgie*, 26 octobre 1887.

Mazel. — Funiculo épидидymite paludéenne, *Journ. de méd. et de chirurgie prat.*, février 1889.

(2) Dormand. — De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatile. *Th. de Paris*, 1889.

(3) *Glasgow méd. Journal*, 1884.

tats qu'il avait obtenus par cette méthode sur 24 malades atteints d'orchite blennorhagique; comme avec l'usage du salicylate, il remarqua la disparition rapide de la douleur et la résolution de la tuméfaction épидидymaire. Les malades n'étaient pas soumis au repos.

En juin 1884, le « The Therapeutic Gazette » contient aussi une observation d'un rédacteur de ce journal et qui conclut dans le même sens.

Dans deux communications successives (1), le docteur Martel, chirurgien en chef de l'hôpital de Saint-Malo, donne le résumé de trois cas de guérison (1885), puis de 12 autres cas (1886), auxquels vient s'en adjoindre un treizième dû à M. le médecin major Cordier.

Le docteur Chambers, de Chicago, s'est aussi occupé de la question, peut-être même ses recherches ont-elles précédé celles du docteur Martel, mais nous n'avons pu nous procurer les détails suffisants pour établir cette priorité. Sa publication ne date en tout cas que de 1886 dans le « Chicago médical ».

Cependant toutes ces tentatives avaient eu peu de retentissement, quand, en 1886 également, M. Thiéry, alors interne dans le service de M. Humbert (suppléé par M. Bazy) au Midi, eut l'idée d'expérimenter de nouveau la teinture d'anémone

(1) Martel. — *Bull. de thérapeutique*, 16 février 1885-86.

pulsatille. Le résultat de ses recherches a fait l'objet de la thèse de M. le docteur Dormand, médecin aide-major de l'armée.

Depuis, le docteur Tucker, du Texas (voy Bibl.), a de même consacré un article à cette médication. Pour appuyer ses conclusions, M. Thiéry s'est fondé sur un nombre relativement considérable d'observations, puisqu'elles sont au nombre de 48, relatées in extenso dans la thèse de M. Dormand et les résultats envisagés dans leur ensemble correspondent à :

Guérisons	35
Amélioration considérable. . . .	10 (1)
Guérisons incertaines	2
Pas d'amélioration.	1

Le tout au moment de la sortie.

La durée moyenne du traitement a été de 11 jours au maximum, car il serait facile de réduire ce chiffre en ne faisant pas intervenir dans le total les jours pendant lesquels, la guérison déjà obtenue, on a continué par prudence l'emploi du médicament.

Comparée avec la simple expectation, avec la médication topique par les cataplasmes et l'onguent napolitain (durée moyenne 15 jours) la médication par la teinture d'anémone révèle ses

(1) La plupart de ces malades ont dû quitter l'hôpital avant la guérison complète pour faits d'insubordination.

avantages. Nous verrons plus loin en quoi elle est supérieure au traitement par le salicylate de soude bien que la durée d'hospitalisation relevée par M. Pigornet paraisse un peu inférieure.

Nous avons voulu nous rendre compte des bons effets de ce procédé et nous pouvons publier 4 observations provenant de l'hôpital du Midi (1891) qui viennent s'ajouter aux 48 observations déjà publiées par M. Dormand. Les voici :

OBSERVATION VI (inédite).

M., 18 ans, entre dans le service de M. Humbert le 2 octobre 1891. Blennorrhagie de date ancienne ayant déjà donné lieu à des poussées aiguës. Epididymite gauche datant de 4 jours avec épanchement abondant et très léger degré de funiculite. Le malade a appliqué chez lui des compresses imbibées de feuilles de sureau.

On prescrit dès l'entrée la potion de teinture de pulsatile (XXX gouttes) renouvelées tous les jours ; le 4 octobre la douleur diminue notablement, le 6 la résolution commence, la funiculite diminue concomitamment. Le 16 octobre le malade sort guéri.

OBSERVATION VII (inédite).

V. X.. 44 ans, boucher, a déjà été traité en 1886 dans le service de M. Humbert pour une épididymite blennorrhagique. Il fait l'objet de l'observation XLVII de la thèse de

Dormand. Entré le 11 octobre 1886, il était sorti le 30 octobre en bonne voie de guérison, mais conservant un épидидyme volumineux quoique non douloureux. Il est ramené à l'hôpital du Midi le 15 octobre 1891 par une nouvelle épидидymite (droite cette fois) datant de 3 jours, consécutive à une blennorrhagie avec signes de cystite datant de 4 semaines et soignée par les injections de pierre divine.

On n'institue pas d'autre traitement que la médication interne par la pulsatille, jointe au repos, étant donné les caractères qu'avait présentés la première orchite.

Au bout de 2 jours d'administration du médicament, la douleur a tellement diminué que le malade veut se lever; 6 jours après il est impossible de le persuader qu'il y a intérêt à rester et il exige sa sortie : la résolution est en bonne voie, mais non acquise. La douleur est nulle.

Les deux observations suivantes fort incomplètes par suite de notre départ à la fin de 1891 proviennent de la statistique du service du Midi, recueillies sous forme de notes.

OBSERVATION VIII (inédite).

Garçon de 26 ans, revient des colonies où il a toujours été bien portant. Blennorrhagie contractée à Toulon. Orchite gauche datant de 5 jours. Teinture de pulsatille. Disparition de la douleur le lendemain de l'entrée bien qu'il n'ait pas gardé le lit. Nous n'avons pas de détail sur la sortie.

OBSERVATION IX (anédote).

J. S., 33 ans, journalier. Orchite blennorrhagique. Teinture de pulsatille. L'orchite aiguë et très douloureuse par suite d'un épanchement vaginal abondant est amendée après l'administration de XL gouttes de teinture pulsatille le 1^{er} jour et de XXX gouttes le lendemain. Le malade se lève au 3^e jour ; la résolution inflammatoire commence seulement. Il n'avait pas encore quitté la salle au moment de notre départ.

Ces malades dont nous avons pu recueillir l'histoire rentrent donc dans le cadre des guérisons rapides et complètes et la méthode vaut d'être conservée : nous apprécierons plus loin sa valeur exacte, mais pour le moment nous voulons reproduire les conclusions de M. Dormand que l'on pourra ainsi rapprocher de celles de M. Pigornet.

1^o La médication interne présente de notables avantages sur la médication externe dans le traitement de l'orchite blennorrhagique, car elle est toujours applicable quelle que soit la situation sociale du malade,

2^o Le traitement par le salicylate de soude donne de bons résultats,

3^o La teinture d'anémone à raison de XXX gouttes dans les 24 heures amène une diminution rapide puis la disparition de la douleur,

4. Elle doit être préférée au salicylate de soude (dont elle offre tous les avantages et dont elle produit les effets à ce point de vue spécial) parce qu'elle est mieux tolérée par les malades et est applicable à tous les cas quels que soient les antécédents morbides du sujet,

5° Elle agit surtout *sur l'élément douleur* ; la résolution est plus lente à s'établir : s'il y a funiculite concomitante, la guérison est moins rapide,

6° Le traitement par la teinture d'anémone comme celui par le salicylate de soude n'exige point le repos du malade.

Nous en référant à ce que disent les auteurs (1) et à nos quelques observations personnelles nous concluons donc à l'efficacité du traitement. Cependant la conclusion V de Dormand contient une restriction qui nous démontre la bonne foi de ses observations : c'est en effet un des arguments que l'on peut opposer à la méthode, que la disparition de la douleur est rapide, mais qu'on ne saurait guère concevoir que la résolution de l'engorgement épидidymaire fut notablement plus précoce qu'avec les autres procédés. En appréciant la valeur de toutes les méthodes employées (voyez page 99) nous aurons donc à tenir compte de ce fait.

Pour le moment, nous nous contenterons d'indi-

(1) M. Reclus ne croit pas à l'efficacité de cette médication.

quer la prescription officinale d'anémone pulsatile :

Teinture d'anémone pulsatile XXX gouttes.

Sirop de sucre 120 gr.

M. S. A.

à prendre par demi-cuillerées à bouche. Une toutes les 2 heures. Cette dose représente environ 3 gouttes par heure de teinture d'anémone.

IX. — Aconitine. — L'aconitine et les préparations d'aconitine n'ont point jusqu'alors été employées. M. Thiéry a émis l'hypothèse que les préparations devaient agir sur l'orchite dans le même sens que l'anémone pulsatile. Cela reste à démontrer (1).

X. — Médicaments divers. — Enfin nous ne ferons que signaler certains médicaments complètement délaissés :

Sous nitrate de bismuth.

Sulfure de calcium.

Huile de santal jaune.

M. Reclus (2) ne leur accorde aucun crédit.

(1) Nous croyons bien avoir dans nos lectures rencontré un article sur ce point, mais les recherches que nous avons entreprises pour le retrouver sont restées sans résultat.

(2) Traité de chirurgie sous la dir. de Duplay et Reclus, tome VIII.

Tel est le bilan de la médication interne où nous avons trouvé, on le voit, des moyens assez précieux. Il ne nous reste plus qu'à étudier le traitement chirurgical de l'orchite.

CHAPITRE V

TRAITEMENT CHIRURGICAL

Il ne saurait bien évidemment être question ici d'interventions véritablement chirurgicales et c'est dans le domaine de la petite chirurgie que nous devons chercher.

Du reste, le nombre de ces interventions lui-même est assez limité et se réduit aux suivantes :

Ponction de la vaginale. — Mouchetures de la vaginale. — Débridement de l'albuginée. — Applications de sangsues.

I. — Ponction et mouchetures de la vaginale. — Nous réunissons à dessein ces deux procédés. Que l'ouverture soit unique ou multiple, c'est tout un et le procédé a toujours pour but la décompression du testicule par la soustraction du liquide épanché sous forte tension. C'est le procédé de Velpeau.

Il a eu et a encore de nombreux partisans. — Récemment encore, Tretraki lui consacrait un article (1).

(1) Trekaki. — De la ponction de la tunique vaginale dans l'orchite aiguë blennorrhagique, *Gaz. méd. de Paris*, n° 16, 1892.

On ne peut nier les résultats immédiats que donne ce procédé, lorsqu'il est dirigé contre le phénomène douleur et c'est presque instantanément que celle-ci est amendée, preuve que la douleur est en raison directe de la tension du liquide qu'exsude la vaginale enflammée.

Nous reconnaissons pour le moment qu'il est efficace (1), nous réservant plus loin d'apprécier sa valeur. Cependant, dès maintenant, nous lui reconnaitrons plusieurs inconvénients :

a) Il peut exposer à la blessure du testicule, d'où hémorrhagie notable et recrudescence des phénomènes inflammatoires ;

b) Il est, sous forme de ponction, d'une exécution délicate, l'hydrocèle symptomatique étant en général peu abondante ;

c) Employé sous forme de mouchetures, il crée des voies d'absorption pour les agents septiques, d'autant plus dangereuses que son emploi est parfois suivi de l'application de topiques non aseptiques ;

d) C'est enfin un procédé chirurgical, parfois assez douloureux, et qui peut effrayer les malades pusillanimes.

Inconvénients multiples et sérieux qui *a priori* rendent ses indications très restreintes.

II. — Débridement de l'albuginée. — Chassai-

(1) M. le Professeur Tillaux a aussi constaté l'efficacité de ce procédé.

gnac alla plus loin et croyant que la douleur était due à l'étranglement du testicule enflammé dans sa gaine albuginée devenue trop étroite et restée inextensible, il proposa d'inciser l'albuginée. C'était méconnaître et le début épидидymaire de l'affection et la marche des accidents. Ce procédé dangereux et qui a dû causer à son auteur, surtout à l'époque pré-antiseptique, plus d'un mécompte, a été totalement et justement abandonné. Il en est de même des mouchetures de l'albuginée préconisées par Vidal (de Cassis).

III. — Application de sangsues. — La saignée locale par les sangsues a été et est encore d'un usage courant dans la pratique hospitalière ou civile (1). — Pour nous, nous pensons que leur emploi doit être réservé aux cas spéciaux où il y a funiculite concomitante et c'est à ce chapitre (page 90) que nous étudierons leur emploi.

Elles ont été successivement appliquées sur le scrotum, au périnée, à l'anús, sur le trajet du cordon. Nous ne pouvons comprendre que l'application à la région périnéo-anale soit compatible avec les sévères idées modernes sur l'antisepsie; d'autre part, leur application sur le scrotum a pu être suivi d'accidents sérieux d'hémorrhagie ou de sphacèle

(1) M. le Professeur Fournier en prescrit l'emploi dans son article du *Dictionnaire* (voyez Bibliogr.).

CHAPITRE VI

A. — Traitement des indurations épididymaires persistantes.

Nous serons assez bref sur ce chapitre qui n'est qu'un appendice au traitement de l'orchi-épididymite blennorrhagique aiguë. Nous avons vu plus haut (voyez page 69) ce que l'on devait entendre par « guérison », et nous avons signalé le noyau épididymaire caudal qui persiste le plus souvent pendant des mois après la guérison, véritable amorce pour la récurrence ou la localisation des tubercules. Plusieurs traitements ont été dirigés contre cette induration persistante. Nous ne ferons que les énumérer, car il faut l'avouer, la plupart d'entre eux ne sont guère plus actifs que l'expectation. Pour éviter des redites, nous supposerons mentionnées toutes les pommades déjà prescrites contre l'orchite.

I. — Iodure de potassium. — Administré à l'intérieur à la dose quotidienne et continue de 1 gr. à 2 gr., il semble avoir quelque action sur la résolution épididymaire.

II. — Les pommades mercurielles. — Le Vigo a déjà été signalé.

III. — Les pommades à l'iodure de plomb n'ont qu'une action hypothétique.

IV. — Pommade fondante. — Ricord conseillait la formule suivante :

Extrait de belladone 4 gr.

Camphre. 4 »

Laudanum de Rousseau 4 »

Onguent mercuriel double 30 gr.

Enfin, s'il persiste un épanchement, Rollet conseille de passer un fil en séton dans la vaginale : la résorption se ferait par retour de la vaginalite à l'état aigu. Nous nous garderions bien d'imiter cette pratique !

Avec Fournier et Pigornet nous pensons « que le temps seul et l'hygiène suffisent à la résolution des noyaux épидидymaires. »

B. Prophylaxie de la récïdive.

La guérison obtenue à l'aide de l'un des procédés précédents, le malade est encore sous le coup d'une réversion possible des symptômes inflammatoires ou de l'apparition d'une orchite du côté opposé

(orchite à bascule). Il faut donc savoir prévenir la récurrence. Ce que nous avons dit de la prophylaxie de l'orchite chez le blennorrhagique est applicable ici. Si les prescriptions des topiques externes ou des médicaments peuvent être supprimées, tout le régime qui consiste à éviter le coït, les excès de marche, de fatigue, de boisson, certains exercices physiques doit être continué de 8 à 15 jours encore au minimum et comme la blennorrhagie n'est en général pas guérie, le malade trouve un double avantage à se conformer à cette ordonnance.

Nous allons même plus loin : tant que la blennorrhagie et « l'état blennorrhagique » qui lui survit un certain temps n'est pas absolument guéri, le suspensoir toujours étroitement appliqué doit être maintenu.

Ici la prudence et le régime sont les deux seuls guides que doit observer le malade en se soumettant à leurs exigences parfois sévères.

Que s'il y a récurrence ou début d'orchite du côté opposé, le malade doit reprendre *immédiatement* le traitement choisi, assuré cependant que s'il obéit d'emblée à cette recommandation, la seconde atteinte sera plus légère que la première.

CHAPITRE VII.

TRAITEMENT DE L'ORCHITE COMPLIQUÉE.

Jusqu'à présent nous ne nous sommes occupés que des divers traitements déjà si nombreux qui avaient été surtout appliqués à l'orchite blennorrhagique non compliquée, c'est-à-dire, exactement limitée à l'épididyme et au testicule. Mais lorsque l'inflammation franchit la zone orchio-épididymaire, la marche et le pronostic de l'affection prennent de ce fait des caractères spéciaux de gravité (1).

A. Prostatite-Séminale.

Ces sont là deux complications qui sans être rares sont cependant assez peu habituelles, c'est dans ces cas surtout que les lavements froids ou tièdes, que les suppositoires belladonnés ou morphinés trouvent leurs indications ; parfois même si la complication va plus loin et tend à la suppuration,

(1) L'orchite si fréquente d'un testicule en ectopie inguinale avec hernie pourrait être regardée comme une variété de complications. Notre étude ne peut s'étendre à ces cas particuliers.

il pourra devenir nécessaire d'inciser. Ces cas sont peut communs et nous n'y insisterons pas.

B. Funiculite.

C'est de beaucoup la plus fréquente des complications. De l'aveu de la plupart des auteurs (Pigornet, Dormand, Thiéry), la médication la plus énergique contre l'orchite vulgaire a échoué ou la durée de l'affection a été augmentée dans de telles proportions qu'il devient bien difficile de faire la part favorable qui revient au traitement. Ni les topiques vulgaires, ni le salicylate de soude, ni la teinture d'anémone pulsatille ne donnent alors de résultats palpables et c'est par semaines souvent qu'il faut compter la durée de temps nécessaire à la guérison. Deux procédés restent cependant efficaces.

I. — La pulvérisation phéniquée. — Elle reste, comme Thiéry l'a montré encore très favorable. Il faut dire que dans ces cas la région inguino-crurale elle-même doit être laissée à découvert et soumise à des pulvérisations fréquentes (3 par jour s'il est possible). Dans l'intervalle, il y aura avantage à recouvrir la région du cordon enflammée de compresse imbibées d'eau boriquée, par exemple,

voire même de l'antique cataplasme, mais en dépit même de cette précaution la résolution peut être obtenue par la seule pulvérisation phéniquée comme le prouvent les observations suivantes empruntées à l'auteur.

OBSERVATION VII

F., âgé de 31 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis huit jours. Funiculite. Douleurs vives. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Douleurs et tuméfaction commencent à diminuer. 5^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu. 7^e *Pulvérisation*. Les douleurs de l'épididyme ont disparu ; il reste une funiculite légère qui disparaît à son tour après la 16^e pulvérisation. A la sortie, il reste une induration de la queue de l'épididyme. Le traitement a duré huit jours.

OBSERVATION VIII

T. M., âgé de 21 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite double depuis six jours. Douleurs très vives. Tuméfaction double.

2^e *Pulvérisation*. — Les douleurs et la tuméfaction commencent à diminuer. 6^e *Pulvérisation*. La tuméfaction et les douleurs ont disparu à droite et augmentent à gauche. Funiculite douloureuse à gauche. 15^e *Pulvérisa-*

tion. Il ne reste plus ni douleur ni tuméfaction. A la sortie, il reste une induration des deux épидидymes. Le traitement a duré huit jours.

OBSERVATION X

C. E., âgé de 27 ans. Blennorrhagie datant de quatre semaines. Epididymite droite depuis sept jours. Epididymite gauche depuis trois jours. Douleurs très vives. Funiculite légère. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Amélioration notable. 7^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu. 9^e *Pulvérisation*. Les douleurs reparaissent très vives. La tuméfaction augmente. 16^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu, excepté le long du cordon. 18^e *Pulvérisation*. Tout a disparu. A la sortie, il reste une induration des deux épидидymes. Le traitement a duré neuf jours.

OBSERVATION XIV

Theb., âgé de 32 ans. Blennorrhagie datant de deux mois. Epididymite gauche et funiculite. Douleurs très vives. Tuméfaction étendue au cordon.

5^e *Pulvérisation*. — Les douleurs ont disparu du côté de l'épididyme. 7^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont complètement disparu. 8^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu entièrement. A la sortie, il reste une induration de la queue d'épididyme. Le traitement a duré quatre jours.

OBSERVATION XVII

L., âgé de 20 ans. Blennorrhagie datant d'un mois. Epididymite gauche depuis trois jours. Douleurs peu intenses s'étendant au cordon. Tuméfaction.

1^{re} *Pulvérisation*. — Amélioration notable. 3^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont beaucoup diminué le long du cordon. Mais des douleurs vives surviennent par accès dans l'hypogastre et la région crurale. 9^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu ainsi que la tuméfaction. Sortie après la 10^e pulvérisation. Le traitement a duré cinq jours.

OBSERVATION XIX

Mech., âgé de 22 ans. Blennorrhagie datant d'un an. Epididymite droite depuis cinq jours. Symptômes habituels.

1^{re} *Pulvérisation*. — Les douleurs diminuent pour reparaître plus vives le soir, avec malaise général, céphalalgie, fièvre et funiculite. 5^e *Pulvérisation*. Les douleurs ont disparu, excepté le long du cordon, où elles disparaissent après la 7^e pulvérisation. 10^e *Pulvérisation*. La tuméfaction a disparu également. A la sortie, il reste une induration légère de l'épididyme. Le traitement a duré cinq jours.

Dans une observation nous avons noté le même résultat :

OBSERVATION X (inédite).

B. J., 25 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, service du professeur Tillaux, le 16 novembre 1892. Blennorrhagie ancienne, plusieurs fois récidivée. Orchi-épididymite double avec funiculite du côté droit : le malade a soigné son orchite pendant 4 jours avec des cataplasmes de fécule de pommes de terre. Le 5^e jour apparition d'une funiculite très douloureuse pour laquelle le médecin applique d'abord de la teinture d'iode. Le lendemain (6^e jour) il envoie le malade à l'hôpital où M. Thiéry institue immédiatement le traitement par les pulvérisations. La douleur ne disparaît qu'à la 4^e pulvérisation bien qu'il y ait eu légère amélioration dès la 2^e. Le malade reste encore en traitement 10 jours au bout desquels (16^e jour à partir du début) il peut être considéré comme guéri. Revu 2 jours après la sortie, il allait reprendre son travail.

En présence de ces faits, il est permis d'affirmer l'excellence du procédé déjà si efficace contre l'orchite non compliquée et nous pouvons ajouter, en passant, qu'employé contre les formes aiguës de la funiculite tuberculeuse il a, comme dans les cas précédents, donné constamment le même résultat favorable.

II. — *Applications de sangsues.* — En terminant le chapitre que nous avons consacré au trait chirurgical de l'orchite nous avons déjà (page 83)

fait allusion à ce procédé. Nous avons dit les motifs pour lesquels il y avait lieu d'en rejeter l'emploi dans la forme habituelle de l'affection, et pourquoi aussi on ne devait pas l'appliquer sur le scrotum et la région ano-périnéale

Il n'en est plus de même lorsqu'il y a funiculite et c'est surtout à ces cas que les chirurgiens prudents qui n'en font point abus en toute occasion réservent la saignée locale par les sangsues : nous l'avons vu employer avec profit dans le service du professeur Tillaux. La funiculite blennorrhagique est particulièrement douloureuse et c'est contre le symptôme douleur qu'ont été institués la plupart des traitements. L'application de sangsues faite avec les soins antiseptiques d'usage fait merveille. Mais tandis que quelques médecins (M. du Castel, par exemple) prescrivent l'application de 8 à 12 sangsues sur le trajet préalablement rasé du cordon, d'autres préfèrent à la manière de Gama et de Sanson, appliquer les sangsues une à une, remplaçant celle qui vient de tomber par une nouvelle, pour exercer une sorte de saignée continue. Sans tomber dans l'excès des doses massives, ou dans la lenteur du procédé de Sanson, il est préférable de prescrire l'application simultanée de 4 à 6 sangsues, suivant qu'elles prennent ou non d'emblée.

Le procédé vaut d'être employé à condition

qu'on ait soin d'éviter les complications septiques qui en peuvent résulter ; il amène une sédation, en général rapide, des symptômes douloureux et exerce aussi une influence incontestable sur la marche de ces orchites compliquées de funiculite à marche lente vers la résolution et à rechutes fréquentes.

Les quelques observations suivantes en sont des exemples.

OBSERVATIONS (1).

1. — L. F., garçon marchand de vins, salle 4, n° 4. Entré à l'hôpital du Midi le 19 juillet. Epididymite droite datant de 5 jours. Funiculite. Blennorrhagie datant de 6 ans au dire du malade ; peu de douleurs en urinant. Ecoulement peu abondant. Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain. Opiat. 6 sangsues. Est sorti guéri le 4 août après un séjour de 17 jours.

2. — B. C., salle 4, n° 5, âgé de 15 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 22 juillet. Epididymite droite datant de 6 jours ? Funiculite. Blennorrhagie de 12 jours. Miction indolente. Ecoulement peu abondant. Une blennorrhagie antérieure. Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain. Opiat. 4 sangsues. Sorti guéri le 4 août après un séjour de 11 jours.

3. — O. F., tailleur, salle 3, n° 8, âgé de 20 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 27 juillet. Epididymite gauche da-

(1) Thèse de Dormand déjà citée.

tant de 8 jours. Funiculite. Blennorrhagie de 2 mois. Miction indolente. Ecoulement peu abondant. Une blennorrhagie antérieure. 6 sangsues. Opiat. Sorti amélioré le 7 août après un séjour de 13 jours.

4. — P. P., tailleur, salle 4, n° 3, âgé de 22 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 29 juillet. Epididymite gauche datant de 12 jours. Funiculite. Blennorrhagie de 1 mois 1/2. Pas de douleurs en urinant. Une blennorrhagie antérieure. 4 sangsues. Opiat. Sorti amélioré le 13 août après un séjour de 17 jours.

5. — H. J..., pâtissier, salle 3, n° 11, âgé de 21 ans. Entré à l'hôpital du Midi le 29 juillet. Epididymite droite de 15 jours. Funiculite. Blennorrhagie de 20 jours. Pas de douleurs en urinant. 1 blennorrhagie antérieure. Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain. Sirop iodure fer. 4 sangsues opiat. Sorti guéri le 14 août après un séjour de 17 jours.

6. — S. P..., salle 3, n° 2, âgé de 28 ans, est entré à l'hôpital du Midi le 5 août. Epididymite droite de 11 jours. Une orchite antérieure à gauche, il y a 3 mois. Un peu de funiculite. Blennorrhagie de 5 mois. Ecoulement peu abondant. Pas de douleurs à la miction. 1 blennorrhagie antérieure. Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain. Opiat. 4 sangsues. Sorti guéri le 18 août après un séjour de 14 jours.

7. — A. L..., salle 3, n° 7, âgé de 24 ans. Est entré à l'hôpital du Midi le 9 août. Epididymite de ?. Funiculite. Repos. Cataplasmes. Onguent mercuriel. 6 sangsues. Opiat. Sorti guéri le 21 août après un séjour de 14 jours.

8. — O. F .., tailleur, salle 3, n° 10, âgé de 20 ans. Est entré à l'hôpital du Midi le 9 août. Epididymite gauche datant de 15 jours. Epididymite droite de 4 jours. Réci-

dive. Funiculite assez interne. Blennorrhagie de 2 mois. Déjà soigné en juillet. 2 blennorrhagies antérieures. Repos. Cataplasmes. Onguent napolitain. 6 sangsues. Bicarbonate. Opiat. Sorti guéri le 25 août après un séjour de 17 jours.

CHAPITRE VIII

APPRÉCIATIONS

Nous voici maintenant en mesure de jeter un coup d'œil rétrospectif sur la revue que nous venons de faire des divers traitements applicables à l'orchite blennorrhagique et d'apprécier leur valeur. Il nous faut, après avoir exercé un contrôle, faire un choix qui nous permette d'instituer une sorte de formule à laquelle puisse se rapporter le praticien, parfois embarrassé au milieu d'une telle abondance de procédés.

L'usage, la pratique et un peu la mode, il faut bien le dire, ont déjà fait justice d'un grand nombre de procédés surannés ; mais il nous reste à opter entre les trois grandes méthodes :

Traitement mécanique,

Traitement par les topiques,

Médication interne.

Quant à la quatrième, *Traitement chirurgical*, elle ne saurait intervenir que contre les formes les plus graves où les traitements précédents auraient échoué, circonstance que ne rencontrera guère le praticien.

Nous ne sommes pas partisan du traitement mécanique, au moins dans la période aiguë de l'affection et comme méthode générale de traitement. La douleur que provoque l'application de la glace ou des bandages, les difficultés grandes d'une bonne application, la surveillance étroite qu'ils exigent sont autant de causes qui nous empêchent d'en généraliser l'emploi.

Parmi les topiques qui ont été préconisés, nous réservons notre préférence à la pulvérisation phéniquée encore trop peu connue et que nous voudrions voir se vulgariser. Dans les hôpitaux, où elle n'a contre elle aucun obstacle, elle constitue sans nul doute la méthode de choix réalisant la *simplicité*, la *propreté*, l'*économie* qui doivent exister, comme ailleurs, en chirurgie hospitalière. Nous l'adoptons donc sans réserves dans ces cas et dans la plupart des cas observés dans les centres importants.

Mais ce n'est pas diminuer sa valeur que d'être éclectique et de savoir, le besoin étant, avoir recours à un autre procédé chaque fois que le pulvérisateur fera défaut. Faire de bonnes pulvérisations ou n'en pas faire, telle est la règle qui condamne toutes les tentatives faites avec des appareils insuffisants, le Richardson par exemple, ou les pulvérisateurs à vapeur de faible pénétration.

Dans ces cas alors, nous aurions volontiers re-

cours à la méthode banale dont l'ordonnance de M. Humbert réunit les principaux termes, c'est-à-dire le traitement par les deux *topiques de choix*, onguent napolitain et cataplasmes.

L'affection est-elle particulièrement douloureuse, il faut adjoindre aux topiques (mais cela n'existe pas avec la pulvérisation qui calme presque instantanément la douleur), la médication interne et nous avons vu les raisons qui nous font à tous autres médicaments préférer la teinture d'anémone pulsatille.

Enfin y a-t-il funiculite concomitante, la pulvérisation en aura encore raison ; mais si elle ne peut être employée pour quelque motif, l'application de six sangsues *dans la région inguinale* sera une précieuse ressource.

Avec ces quatre ressources : pulvérisation, cataplasmes et onguent napolitain, teinture de pulsatille et sangsues, le praticien aura un arsenal thérapeutique grâce auquel, s'il sait le manier, il pourra faire face à toutes les éventualités. Il pourra éviter alors les ponctions de la vaginale qui, exigeant un manuel spécial, ne sont point à la portée du plus humble des médecins.

Voilà donc, bien réduits, les procédés si nombreux que comporte la bibliographie de cette question. Nous ne saurions prétendre qu'aucun de ceux que nous avons rejetés ne peut avoir ses

indications et ses succès : nous avons voulu élarguer pour faire simple et pratique. Puissions-nous avoir réussi à convaincre nos juges !

CONCLUSIONS.

I. On peut diviser les nombreux procédés qui ont été appliqués au traitement de l'orchite blennorrhagique en quatre grandes catégories :

Traitement mécanique, traitement par les topiques, médication interne, traitement chirurgical.

II. De ces divers traitements les uns sont applicables à l'orchite blennorrhagique simple, les autres à l'orchite compliquée de funiculite.

III. Toute la thérapeutique de l'orchite peut se résumer dans l'emploi varié ou combiné : 1° de la pulvérisation phéniquée, 2° de l'onguent napolitain et des cataplasmes, 3° de la teinture de pulsatile, 4° des sangsues, ces dernières exclusivement réservées aux cas compliqués de funiculite.

IV. En ce qui concerne l'orchite simple la pulvérisation phéniquée est la méthode de choix lorsqu'elle est applicable. Elle supprime toute autre médication, tout topique, tout médicament interne, et peut remplacer l'application des sangsues.

V. En l'absence de pulvérisation phéniquée, il y a lieu d'avoir recours au traitement classique par le repos, les onctions mercurielles et les cataplasmes.

VI. Dans les formes particulièrement douloureuses il y a lieu d'adjoindre l'administration de la teinture de pulsatile si la pulvérisation ne peut être mise en œuvre.

VII. Dans le cas d'orchite compliquée de funiculite on peut disposer suivant les cas de deux moyens : la pulvérisation phéniquée et à défaut l'application de sangsues.

VIII. A ces divers traitements doit être adjoit tant pour la prophylaxie de l'affection que pour la prophylaxie de la récurrence un régime sévère (1).

(1) Nous n'avons pas discuté la question de l'opportunité du traitement de la blennorrhagie pendant la durée de l'orchite. Ce traitement sera efficacement suivi, mais il ne devra comporter aucune manœuvre de quelque nature que ce soit (injections, etc.) sur l'urèthre, et rester exclusivement médicamenteux.

VU :

Le Doyen,

BROUARDEL.

VU :

Le Président de la thèse,

FOURNIER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- CURLING. — Traité des maladies du testicule, trad. de Gosselin, 1857.
- LANGLEBERT. — Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, 1864.
- ROLLET. — Traité des maladies vénériennes, 1866.
- FOURNIER. — Art. *Blennorrhagie* du nouveau Dictionnaire de méd. et chir. prat., t. V, p. 209.
- HORAND. — Mém. de la Soc. des Sc. méd. de Lyon, 1877.
- TERRILLON. — Leçons professées à la Pitié, journal des des con. méd., 1880.
- KIEN. — Thérapeutique contemporaine, 1881.
- HENDERSON. — Le salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique aiguë, *The Lancet*, 1882.
- BORCHEIM. — *Glasgow méd. journal*, 1884.
- MARTEL. — Bulletin de thérapeutique, 1885-86.
- AUGAGNEUR. — Le testicule blennorrhagique tardif. (Soc. des Sc. méd. de Lyon), 30 décembre 1885.
- MOLLIÈRE et AUGAGNEUR. — Art. *Testicule* du Dictionnaire encyc. des Sc. méd., t. XVI, p. 591.
- JULLIEN. — Traité pratique des maladies vénériennes, 1886, p. 117.
- FIGOINET. — De l'emploi du salicylate de soude dans l'orchite blennorrhagique, thèse de Paris, 1886.

- CHARVOT. — Bulletin de la Soc. de Chir., 26 octobre 1887.
- CHAMBERS. — Le Chicago médical, 1888.
- TILLIAUX. — Traité de Chirurgie clinique, t. II, p. 385.
- DORMAND. — De la médication interne dans le traitement de l'orchite blennorrhagique et du traitement de cette affection par la teinture d'anémone pulsatille, thèse de Paris, 1889.
- P. THIÉRY. — Observations in thèse de Dormand, 1889.
- LARRIERU. — De l'orchite blennorrhagique et de son traitement par le coton iodé, thèse de Bordeaux, 1889.
- LEVI (L.). — Sur un cas singulier d'orchi-épididymite blennorrhagique dans un testicule ectopié, Revue de Genève, 1889, p. 265.
- TUCKER. — La pulsatille dans le traitement de l'orchite aiguë, Texas Cour. Rec. méd. 1889-90, p. 156, et Méd. Stand. Chicago, 1890.
- ARMSTRONG (S.-T.). — De l'orchite blennorrhagique. Proc. New-York. Path. Soc. 1889-90, p. 44.
- DU CASTEL. — Les nouveaux traitements de l'orchite. Mercredi médical, Paris 1890, p. 233.
- LORIN (Henri). — Du traitement de l'orchi-épididymite d'origine uréthrale par les courants continus, thèse de Paris, 1890, p. 36.
- DIDAY. — La pratique des maladies vénériennes, 1890.
- DE LA VALLE (G.). — Etude comparée de la réfrigération et de la compression dans le traitement des orchites, thèse de Paris, 1890, p. 49.
- MARTIN (E.) et WOOD. — De l'épididymite blennorrhagique Univ. M. Mag., Philad. 1890-91, p. 458.
- THIÉRY et FOSSE. — La pulvérisation phéniquée ; son application au traitement de l'orchite blennorrhagique, Gaz. méd. de Paris, 1891, p. 517.

- BARTHE DE SANDFORT. — Applications thérapeutiques des boues des thermes de Dax transportées à Paris, Revue d'hygiène thérapeutique, Paris, 1891.
- ALEXANDER (S.). — Une observation sur le traitement de l'épididymite. Jour. Cutan. et Genito-Urin. Dis., New-York, 1891, p. 455.
- FLEURY (Eugène). — Du traitement de l'épididymite blennorrhagique par le stypage, Lyon, 1891.
- MARTIN et WOOD. — De l'épididymite blennorrhagique. Tr. Coll. Phys., Philad., 1891, p. 85.
- VERNEUIL. — Cliniques inédites de l'Hôtel-Dieu de Paris, 1892.
- TREKAKI. — De la ponction de la tunique vaginale dans l'orchite aiguë blennorrhagique. Gaz. méd. de Paris, n° 16, 1892.
- BREWER (A). — Le cataplasme sec dans le traitement de l'épididymite. Jour. Cutan. et Genito-Urin. Dis., New-York, 1892, p. 24.
- PÉRIGNON (L.). — Orchi-épididymite blennorrhagique, Jour. des Sc. méd. de Lille, 1892, p. 160.
- RECLUS. — Traité de chirurgie, t. VIII, 1892, p. 125.
- SHEPHERD. — Orchite blennorrhagique double, Montréal Méd. Jour., 1892, p. 102.
- PAVOUE (Michele). — Traité des maladies des voies urinaires, Palerme, 1892.
- PICARD (Henri). — Traité des maladies des voies urinaires de l'homme et de la femme, Paris, 1892.
- SIMES. — De l'épididymite blennorrhagique. Internat. Clin. Philadel., 1892, p. 252.
- GUYON (Félix). — Clinique des maladies des voies urinaires. Leçon d'ouverture du cours de 1892-93, annales des maladies des org. génito-urin., Paris, 1892.

FALKSON. — Traitement de l'épididymite sans repos au
lit. Berl. Klin. Wochensh, n° 3, 1893.

BLANC. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale,
1^{er} juillet 1893.

DU CASTEL. — Traité de l'orchite blennorrhagique, Gaz.
des hôpitaux, Toulouse, 1893, p. 10.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.	7
A. — Choix du sujet	7
B. — Division du sujet	14
C. — De la guérison dans l'orchite blennorrhagique. . .	16
CHAPITRE PREMIER.	19
A. — Traitement prophylactique	19
I. — Excès de boissons.	20
II. — Coit.	20
III. — Marche. Fatigue. Efforts.	20
IV. — Traumatismes	21
V. — Injections uréthrales	22
B. — Traitement abortif.	23
C. — Traitement par l'expectation.	24
CHAPITRE II. — Traitement mécanique	27
I. — Diachylon	27
II. — Emplâtre de Vigo.	27
III. — Collodion élastique.	28
IV. — Compression par l'ouate cardée.	29
V. — Applications de glace.	31
VI. — Stypage.	32
VII. — Courants continus.	32
CHAPITRE III. — Traitement par les topiques.	35
I. — Boue de remouleur.	36

II. — Machefer des forgerons	36
III. — Lotions de sulfate de fer.	36
IV. — Applications de chloroforme.	37
V. — Badigeonnages de teinture d'iode.	37
VI. — Révulsion. Vésication. Coton iodé	37
VII. — Pommades inertes	38
VIII. — Acide phénique.	38
IX. — Nitrate d'argent.	39
X. — Astringents. Alun, etc.	40
XI. — Bains	41
XII. — Cataplasmes	42
XIII. — Onction d'onguent napolitain	43
XIV. — Eaux thermales	48
XV. — Pulvérisation phéniquée.	48
CHAPITRE IV. — Médication interne.	65
I. — Purgation	65
II. — Lavements.	67
III. — Tartre stibié	67
IV. — Calomel	68
V. — Sulfate de quinine.	68
VI. — Iodure de potassium	69
VII. — Salicylate de soude	69
VIII. — Teinture d'anémone pulsatille	72
IX. — Aconitine	79
X. — Médicaments divers	80
CHAPITRE V. — Traitement chirurgical.	81
I. — Ponctions et mouchetures de la vaginale	81
II. — Débridements de l'albuginée.	82
III. — Applications de sangsues.	83
CHAPITRE VI.	85
A. — Traitement des indurations épидидymaires persis-	
tantes.	85
I. — Iodure de potassium.	85
II. — Pommades mercurielles	86
III. — Iodure de plomb	86

IV. — Pommade fondante.	86
B. — Prophylaxie de la récurrence	86
CHAPITRE VII. — Traitement de l'orchite compliquée.	89
A. — Prostatite. Séminalite.	89
B. — Funiculite.	90
I. — Pulvérisation phéniquée.	90
II. — Sangsues.	94
CHAPITRE VIII. — Appréciations	99
CONCLUSIONS.	103
BIBLIOGRAPHIE	105
